

Univerzita Karlova v Praze

Filosofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Klára Hartlová

Osobní pohoda u osob se schizofrenií a možné způsoby jejího zlepšení

Well-being of Persons with Schizophrenia and Possible Ways of it's Increase

Praha, 2018

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Kataríně Lonekové Ph. D. za cenné rady a připomínky, za metodické vedení a za pomoc a podporu při realizaci této diplomové práce. Děkuji také za vstřícnost, ochotu a otevřenost všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu a sdíleli své cenné zkušenosti a názory. Chtěla bych rovněž poděkovat zaměstnancům organizací, kteří participovali jak na shánění respondentů do výzkumu, tak na samotných výzkumných rozhovorech. Konkrétně se jedná o zaměstnance organizací Fokus Praha, Baobab o.s., BONA o.p.s., Green Doors z. ú. a Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ s.r.o. Děkuji také své rodině za trpělivost a podporu.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny
prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání
jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 30. 7. 2018

.....

Klára Hartlová

Abstrakt

Cílem práce je zmapovat představy osob se schizofrenním onemocněním ohledně možností zlepšení jejich osobní pohody (well-beingu) a srovnat tato data s názledeu pečujícího personálu. Teoretická část má tři části. V první je popsáno onemocnění schizofrenie, jeho specifika, symptomatologie, etiologie či epidemiologie a v současnosti užívané terapeutické intervence. V druhé části je zpracováno téma osobní pohody, její definice, nejvýznamnější modely a především pak její známé determinanty. Třetí část se následně bude věnovat tématu osobní pohody u lidí se schizofrenií.

Empirická část diplomové práce je koncipována jako kvalitativní výzkum. Byly zrealizovány rozhovory s 10 lidmi se schizofrenií a s 10 pracovníky. Rozhovory pokrývají informace o tom, jakým oblastem svého života osoby se schizofrenií přikládají důležitost pro zlepšení své osobní pohody. Podobný rozhovor o potřebách lidí se schizofrenií byl veden i s pečujícími osobami, přičemž názory obou skupin byly následně srovnány. Zjištěné výsledky jsou dopodrobna popsány a srovnány se současnou odbornou literaturou.

Klíčová slova: schizofrenie, osobní pohoda, sociální vztahy, stigmatizace, zotavení

Abstract

The aim of this diploma thesis is to map the ideas of persons with schizophrenia about possible ways for increasing their well-being and to compare this data with the view of mental health care personnel. The theoretical part is divided in three parts. The first one describes schizophrenia, its specifics, symptomatology, etiology and epidemiology and currently used therapeutic interventions. In the second part can be found the topic of well-being, its definition, the most important models and mostly its known determinants. The third part will be dedicated to the topic of well-being of people with schizophrenia.

The empirical part of the diploma thesis is designed as a qualitative research. Ten interviews were undertaken both with people with schizophrenia and with mental health care personnel. The interviews covered information about which areas of life find persons with schizophrenia important in increasing their well-being. Similar interview about the needs of people with schizophrenia was conducted with mental health staff and the opinions of both groups were compared. The results are in detail described and compared with current literature and research.

Key words: schizophrenia, well-being, social relationships, stigmatization, recovery

Obsah

Úvod

I. TEORETICKÁ ČÁST

1Schizofrenie	13
1.1Definice schizofrenie	13
1.2Formy schizofrenie	14
1.3Epidemiologie	15
1.4Etiologie	15
1.5Symptomatologie	17
1.6Sociální funkce.....	18
1.7Průběh onemocnění a prognóza	19
1.8Stigmatizace a self-stigma	21
1.9Terapie schizofrenie	23
1.9.1Farmakoterapie.....	23
1.9.2Psychosociální intervence	24
1.9.3Psychoterapie	25
1.9.4Individuální a rodinná psychoedukace.....	26
1.9.5Trénink sociálních dovedností	27
1.9.6Podporované bydlení a zaměstnání	29
1.9.7Recovery přístup	31
2Osobní pohoda	33
2.1Definice osobní pohody	33
2.2Osobní pohoda vs. kvalita života	33
2.3Osobní pohoda a zdraví.....	34
2.4Modely osobní pohody.....	35
2.5Determinanty osobní pohody	38
2.5.1Vnější faktory.....	38
2.5.2Vnitřní faktory.....	41
2.6Měření osobní pohody	43
2.6.1Některé problémy v měření osobní pohody	44
3Osobní pohoda a schizofrenie	46
3.1Determinanty osobní pohody u osob se schizofrenií	47
3.2Možné způsoby zvýšení osobní pohody u osob se schizofrenií.....	51
3.3Vliv pracovníků v oblasti duševního zdraví na osobní pohodu lidí se schizofrenií	53

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek	58
5Popis použitých metod	60

5.1 Etika výzkumu	62
5.2 Výzkumný soubor	62
5.3 Charakteristika respondentů	64
6 Sběr a zpracování dat	69
6.1 Sběr dat	69
6.2 Osnova rozhovoru	69
7 Zpracování dat	73
7.1 Přepis rozhovorů a práce se záznamem	73
7.2 Zpracování dat za použití zvolených metod	73
7.3 Validita, reliabilita a triangulace	74
7.4 Analýza přepisů rozhovorů	75
8 Výsledky výzkumu	76
8.11. výzkumná otázka	77
8.22. výzkumná otázka	91
8.33. výzkumná otázka	101
9 Diskuse	115
10 Závěr	123
<i>Seznam použitých zdrojů</i>	125
<i>Přílohy</i>	134

Úvod

Schizofrenie je závažné psychické onemocnění, které postihuje myšlení, vnímání, kognitivní funkce i emoce daného člověka. Tato nemoc může také výrazně ovlivnit sociální vztahy a pracovní možnosti – zasahuje do mnoha aspektů lidského života. V důsledku tohoto onemocnění může docházet ke komplikacím v oblasti rodinných vztahů, vztahů partnerských a přátelských, zaměstnání, studia či v možnostech svobodného a nezávislého života. Na tyto důležité oblasti lidského života nemají vliv jen samotné symptomy schizofrenie, ale může je výrazně ovlivňovat stigmatizace a self stigma.

V současné době se k léčbě schizofrenie stále užívají převážně psychofarmaka, v rámci akcentace důležitosti osobní pohody této skupiny lidí se však možnosti léčby rozšiřují. Kromě farmakoterapie je k dispozici i individuální a skupinová psychoterapie či různé druhy psychosociální intervence, které pomáhají těmto lidem se znovu zapojit do společnosti a žít plnohodnotný život. To zahrnuje například trénink kognitivních funkcí či sociálních dovedností. Dále jsou v současnosti k dispozici týmy, které se zabývají podporou důstojného bydlení a zaměstnávání lidí se schizofrenií, či týmy které se zabývají aktivitami a volnočasovými aktivitami pro tuto klientelu. To vše přispívá k procesu zotavení.

Léčba schizofrenie by tedy měla být komplexní a věnovat pozornost všem aspektům života této skupiny. Češková k tomuto uvádí: „Cílem je, aby i psychicky nemocný dosáhl pocitu smysluplnosti a užitečnosti, byl soběstačný, měl sociální kontakty, zapojil se do pracovního procesu. Konkrétně u schizofrenně nemocného jsou aktuální pojmy resocializace a integrace do společnosti – což znamená udržet ho v realitě všedního života i za podmínek stále většího konkurenčního boje“ (Češková, 2007,s. 11-12).

Pro zvýšení osobní pohody lidí se schizofrenií je tedy nutné osvojit si holistické uvažování o člověku. Dále pak, aby mohly mít terapeutické intervence kýžený efekt, je zapotřebí znát a akcentovat individuální potřeby daného jedince – přičemž nejlepším zdrojem svých potřeb je on sám. Je tedy nutné pochopit potřeby této skupiny, jejichž naplnění může následně vést ke zvýšení osobní pohody.

Tato diplomová práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a na část empirickou. V teoretické části lze nalézt tři kapitoly. První z nich se věnuje popisu onemocnění schizofrenie. Tato kapitola obsahuje epidemiologii, etiologii a symptomatologii schizofrenie, dále pak některým možným terapeutickým intervencím. Druhá kapitola je věnována osobní pohodě – obsahuje definici tohoto pojmu, vybrané modely osobní pohody a současná zjištění o jejích determinantách. Kapitola

třetí se pak věnuje osobní pohodě u lidí se schizofrenií.

V empirické části je popsán kvalitativní výzkum zabývající se osobní pohodou a možnostmi jejího zvýšení u lidí se schizofrenií. Je zkoumáno to, jak tito lidé vnímají svou osobní pohodu, její determinanty a následně pak možnosti, jak svou osobní pohodu zlepšit. Stejně otázky byly položeny i profesionálním pracovníkům v oblasti duševního zdraví a odpovědi obou skupin respondentů byly srovnány a bylo zjišťováno, ve kterých tématech lze nalézt podobnosti a kde naopak rozdíly.

Předmětem této diplomové práce není podat vyčerpávající shrnutí veškerých poznatků o schizofrenii, ale spíše se zaměřit na oblasti, které jsou důležité pro osobní pohodu jedince.

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat osobní pohodu u lidí se schizofrenií a její determinanty, které následně mohou poukázat k možnostem jejího zlepšení, ať už v oblasti profesionální pomoci či pomoci jiné, a následně tato zjištění srovnat s pohledy pracovníků na tuto problematiku. To by následně mohlo přispět k rozvoji a zkvalitnění postupů a metod služeb pro osoby se schizofrenií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Schizofrenie

Schizofrenie je jedním z nejzávažnějších psychických onemocnění a téměř vždy pro jedince znamená velkou osobní zátěž. Nejen z důvodů příznaků dané nemoci, ale i kvůli průvodním dysfunkcím jedince trpícího schizofrenií v sociálních a pracovních rolích. Toto onemocnění totiž výrazně komplikuje schopnost nemocného být srozumitelným v komunikaci se svým okolím, což může vést až k těžkostem v nalezení adekvátního životního uplatnění.

Schizofrenie a obecně psychózy pak patří k jednomu z nejvíce stigmatizujících psychickým onemocněním. Patrně je tomu tak proto, že chování těchto jedinců bývá z pohledu ostatních odlišné, zvláštní a bizarní, stává se tedy pro ostatní cizím a nepochopitelným. Stigmatizace a sebestigmatizace lidí s tímto onemocněním může závažným způsobem vstupovat do procesu léčby a pak následně i do procesu reintegrace do společnosti. Sociální vyloučení, které je zde často velkým rizikem, může mít za následek vážné zhoršení psychického stavu jedince. Tato stigmatizace často není jen záležitostí široké veřejnosti, ale může se vyskytovat i u vysoce školených pracovníků zabývajících se duševním zdravím, což pak může ovlivnit průběh diagnostiky i léčby.

Je tedy důležité zaměřit se na subjektivní pohled jedinců se zkušeností s tímto onemocněním, neboť právě to může pomoci do budoucna poskytovat kvalitnější péči, která bude co nejlépe vyhovovat individuálním potřebám klientů daných služeb.

1.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie je komplexní, chronické psychické onemocnění charakterizované souborem příznaků, které zahrnují bludy, halucinace, desorganizovaný řečový projev či chování a snížené kognitivní schopnosti. Raný vznik nemoci, společně s často chronickým průběhem mohou být pro nemocného a jeho rodinu velkým zásahem do života. Vyskytují se zde jak negativní, tak pozitivní příznaky, přičemž obojí přispívají k nárokům onemocnění na jedince (Patel et al., 2014).

Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění, což v širším kontextu znamená poruchu vnímání reality (Češková, 2015).

1.2 Formy schizofrenie

V následující kapitole budou stručně popsány jednotlivé typy schizofrenie klasifikované dle MKN – 10. Vzhledem k tomu, že podrobná charakteristika jednotlivých typů tohoto onemocnění není primárním cílem této práce, ve veškeré literatuře je téměř analogická a snadno vyhledatelná, bude jí věnován jen malý prostor.

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejběžnější typ schizofrenie, který svůj název odvozuje od paranoidních bludů, které tento typ provázejí. Jedinec trpící paranoiou se cítí ohrožován či pronásledován jinými lidmi či se u něj projevuje značná žárlivost. Paranoidní schizofrenie se projevuje bludy a halucinacemi, které mohou v průběhu onemocnění měnit svou intenzitu. Bludy často mají organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Vedou ho k symbolickému výkladu skutečnosti (symbolické myšlení) nebo ke snaze ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek, působením na dálku a různých nezvyklých způsobů (magické myšlení). Prognóza bývá spíše příznivá (Ocisková, Praško, 2015).

Hebefrenní schizofrenie

Začíná nejčastěji v dospívání či časně dospělosti. Vyskytuje se zde karikace pubertálních projevů. Charakteristické bývá nepřiléhavé a nepředvídatelné chování (časté bývá manýrování), dále pak nepřiléhavé emoce a inkohrentní verbální projev. Jsou-li přítomny bludy a halucinace, jsou proměnlivé a nejsou v popředí hebefrenní formy onemocnění (Svoboda, Češková, 2015). Dále se pak hebefrenní schizofrenie může navenek projevovat tak, že jedinec strojeně mluví, planě filozofuje, nápadně a nepřiléhavě se projevuje i v ustrojení (Bouček et al., 2006).

Katatonní schizofrenie

U této formy schizofrenie jsou v popředí poruchy motoriky. Tento typ se manifestuje souborem symptomů zahrnujících podivnou a neobvyklou motorickou aktivitu, jako je například stupor/ ztuhnutí, grimasování, manýrování či zírání. Dále se pak projevuje mutismem a stažením se, či naopak negativismem (England et al., 2011).

Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je charakterizována převážně negativními (deficitními) symptomy, jako je například apatie, anhedonie, snížené a nepřiměřené projevování emocí, nedostatek iniciativy a motivace a obecně snížená aktivita jedince. Jedná se o poměrně málo častou, ale závažnou formu tohoto onemocnění. Může se projevit už kolem patnáctého roku věku a má tendenci chronifikovat. Také se u ní téměř neprojevují pozitivní symptomy (Ocisková, Praško, 2015).

Současná klasifikace nemocí ještě popisuje podtypy nediferencovaná schizofrenie F 20. 3, reziduální schizofrenie F 20.4 a postschizofrenní deprese F 20.5 (Bouček et al., 2006).

1.3 Epidemiologie

Následující kapitola se bude věnovat epidemiologii schizofrenie, a to především prevalenci a incidenci. Schizofrenie se vyskytuje ve všech geografických oblastech a ve všech populacích na světě. Prevalence se pohybuje mezi 2, 7–8, 3 na 1000 osob (Messias, 2009). Na základě zjištění Goldnera a kol. (2002) lze však tyto hodnoty považovat jen za přibližné, neboť během analýzy 18 prevenenčních studií z let 1980–2000 bylo zjištěno, že mezi jednotlivými studiemi existuje výrazná heterogenita, což by poukazovalo na to, že schizofrenie se v různých částech světa vyskytuje s různou intenzitou.

Incidence je uváděna přibližně v rozmezí 0, 11–0, 70 na 1000 osob (Messias, 2009). V České republice byla v roce 2010 incidence schizofrenie 4,5 případů na 10 000 obyvatel za rok, prevalence 39,5 případů na 10 000 osob (ÚZIS, 2011).

I přes mnoho výzkumů v této oblasti zůstává stále nevyjasněná otázka, zda se schizofrenie vyskytuje častěji u mužů nebo u žen. Motlová uvádí, že i přes metodologické problémy současných studií se zdá, že existuje mírně vyšší riziko onemocnění schizofrenií pro muže, u kterých se projevují závažnější negativní příznaky. (Motlová, 2004). Obecně se dá říci, že u mužů dochází k propuknutí onemocnění dříve a ukazují se u nich větší riziko chronického průběhu (Messias, 2009).

1.4 Etiologie

Přestože v otázce vzniku schizofrenie u daného jedince zůstává stále mnoho nezodpovězených otázek, jedná se pravděpodobně o propojení genetických a psychosociálních vlivů. Jedná se však především o rizikové faktory spíše než o jasné příčiny schizofrenie. Psychosociální faktory jsou pak pravděpodobně příčinou stresu, který může být spouštěčem onemocnění u náchylných jedinců. Předpokládá se tedy interakce rozdílných patologických mechanismů zahrnujících vnitřní i vnější rizikové faktory.

Schizofrenie patří do skupiny nemocí známých jako komplexní genetické poruchy. Ukazuje se, že genetické faktory se rozhodně podílejí na vzniku tohoto onemocnění, data ze současných výzkumů však zatím mají jen malou prediktivní hodnotu (Gejman, Sanders, Duan, 2010). Koukolík zdůrazňuje příbuzenský poměr k jedinci se schizofrenií jako výrazný rizikový faktor: “Zatímco celoživotní prevalence schizofrenie v obecné populaci se odhaduje na 1 %, opakované studie rodin, adopční studie a výsledky studií dvojčat naznačují přibližně desetkrát vyšší celoživotní riziko onemocnění pro příbuzné. Jelikož je však konkordance mezi monozygotními dvojčaty pouze přibližně 50 %, musejí se uplatňovat i vlivy prostředí.” (Koukolík, Motlová, 2004, str. 53).

Prostředí začíná jedince ovlivňovat již od nejranějšího věku. V souvislosti se schizofrenií se jako možné rizikové vlivy uvádí například perinatální komplikace, nutriční výživa, mozková infekce či zranění a stres a zdravotní stav matky (Dean, Murray, 2005). Ukázalo se také, že značnou roli může sehrát roční období narození, přičemž schizofrenie se statisticky častěji vyskytovala u lidí narozených v zimě (Dean, Murray, 2005, Koukolík, Motlová, 2005). Morgan a Fisher v tomto kontextu zdůrazňují dopad dětského traumatu na zvýšený výskyt schizofrenie (Morgan, Fisher, 2007).

Dále lze uvést geografické prostředí, otázkou je zde však definice tohoto onemocnění a dostupnost relevantních dat, neboť v mnoha kulturách se může pojetí schizofrenie lišit a faktory mohou značně záležet na kulturní interpretaci (Leask, 2004). Dalšími rizikovými faktory zde mohou být migrace a urbanizace (Dean, Murray, 2005., Leask, 2004).

Zneužívání návykových látek a drog se může rovněž podílet na vzniku schizofrenie. Spojení mezi abusem drog a rozvojem psychóz lze demonstrovat vysokou prevalencí zneužívání toxických látek u schizofrenie. Kromě zneužívání alkoholu se často jedná o nikotin, kokain či kanabis. Obzvláště intenzivní a pravidelné užívání kanabis je považováno za stresor, konkrétně pak u dalších relapsů. Obecně lze říci, že abusus drog je spojován s horšími výsledky léčby včetně zvýšených psychotických symptomů a horší spoluprací s léčbou (Winklbaur et al., 2006).

U vzniku schizofrenie tedy patrně dochází k součinnosti vnějších a vnitřních faktorů, ani přes veškeré investované úsilí se však současným psychiatrickým a psychologickým výzkumům nepodařilo odhalit přesné zákonitosti této součinnosti. V této oblasti je tedy nepochybně stále třeba dalšího výzkumu.

1.5 Symptomatologie

U schizofrenie dnes převládá dělení symptomů na pozitivní a negativní. První z nich, pozitivní, většinou bývají společností velice snadno rozpoznatelné a jsou velice často hlavní příčinou hospitalizace jedince. Do této kategorie řadíme halucinace, bludy a dezorganizaci myšlení. Na základě těchto poruch vnímání a myšlení se výrazně mění i chování nemocného jedince. Jsou často spojovány s regionálně zvýšenou dopaminogerní aktivitou (Remington et al, 2016).

U negativních příznaků naopak můžeme vnímat deficity v projevu nemocného. Souvisejí s regionálně sníženou dopaminogerní aktivitou, konkrétně se jedná o oblast frontálního kortexu (Remington et al, 2016). Negativní symptomy se projevují redukcí emočních dopovědí, motivace, socializace, řeči a obecně aktivity. Dále se dají dělit na primární a sekundární: primární negativní symptomy jsou považovány za etiologicky spojené přímo s psychopatologií schizofrenie. Jsou zodpovědné za výrazně sníženou funkčnost člověka a za snížení kvality života. Často vedou

k nezvládáním denních nároků běžného života, neschopnosti si najít a udržet práci či k neúspěchu v sociálních vztazích (Sarkar et al, 2015). Objevují se u nemocných s první schizofrenickou epizodou.

Sekundární negativní symptomy jsou definovány jako symptomy způsobeny jinými faktory než schizofrenickým onemocněním. Příčiny mohou zahrnovat vedlejší účinky medikace, jednat se může především o extrapyramidové příznaky v důsledku užívání antipsychotik či neuroleptickou akinésii. Sekundární negativní příznaky se také mohou vyskytovat z důvodu deprese, sociální deprivace či poruch osobnosti. Sekundární příznaky dále nemusí být trvalé a mají tendenci se objevovat na kratší dobu než primární negativní symptomy (Sarkar et al., 2015).

Dalším z příznaků, které postihují jedince se schizofrenií, bývá kognitivní dysfunkce. Kognitivní dysfunkce bývá přítomna před prvními projevy psychózy a je považována za jednu z hlavních příčin následné sociální dysfunkce. Deficity mohou být střední až vážné. Zahrnují pozornost, inteligenci (obzvláště neverbální úsudek), paměť, verbální učení a exekutivní funkce. Tyto kognitivní deficity jsou povětšinou během průběhu nemoci stabilní. Během poslední doby se na ně stále častěji zaměřují vědecké studie, neboť jsou dlouhodobě jedněmi z nejlepších prediktorů funkčního výsledku léčby (Bowie, Harvey, 2006). Kognitivní funkce do značné míry ovlivňují schopnost jedince žít plnohodnotným sociálním životem a mají značný dopad na osobní pohodu.

V současné době velice diskutovanou otázkou je vztah metakognice a sociálního fungování u nemocných schizofrenií. Metakognice je v současné době definována jako porozumění člověka vlastní mysli, porozumění mysli jiných lidí, schopnost zvážit mnoho aspektů situace (decentrace) a zvládnutí schopnosti účelného myšlení vztahujícího se k určitému problému. Metakognitivní kapacita „dovoluje člověku zformovat podrobný obraz jejich vlastního psychického stavu, přání a úmyslů druhých osob a vnitřních a sociálních podnětů které spouštějí psychologickou bolest“ (Lysaker, Erickson et al, 2011). Koncept je tedy silně propojen se schopností vyrovnat se s výzvami každodenního života, což znamená, že poškozené metakognitivní schopnosti mohou mít dalekosáhlé důsledky pro život.

Zdá se, že metakognitivní problémy u schizofrenie jsou heterogenní a v čase stabilní (Hamm et al., 2012). Přestože metakognitivní deficity mohou být nalezeny i u jiných psychiatrických poruch, u schizofrenie dochází k jejímu největšímu poškození. Například Tas, Brown, Ayedemir Brune a Lysaker (2014) zjistili, že porozumění vlastní mysli je podstatně více poškozené u lidí se schizofrenií než u lidí s bipolární poruchou. Poruchy metakognice se dále zdají být navázány na negativní příznaky u schizofrenie (Nicoló et al., 2012).

Byly nalezeny spojitosti mezi metakognitivním deficitem, terapeutickým působením a postupem nemoci. Zlepšení metakognice je spojováno s nižší depresí, nižším self-stigma, s lepším sociálním fungováním a kvalitou života (Boyer et al., 2012).

1.6 Sociální funkce

Psychologové, psychiatři a výzkumníci zabývající se schizofrenií se v posledních letech shodují na tom, že symptomy onemocnění a sociální fungování jsou propojeny. Zhodnocení sociálního fungování člověka se zkušeností se schizofrenií nabylo velké důležitosti, neboť se v něm zrcadlí jeho klinický stav a je blízce asociováno s téměř všemi indikátory závažnosti onemocnění. Dochází zde k odchýlkám když se symptomy zintenzivní, naopak se zlepšuje společně s pozitivním vývojem klinického stavu a je také spojeno s prognózou onemocnění (Kundu et al., 2013), neboť je-li sociální fungování nižší, dochází k častějším relapsům (Bae et al., 2010). Deficity v sociálním fungování také často předcházejí samotnému propuknutí nemoci a jsou částečně zodpovědné za zchudlé sociální sítě jedinců se schizofrenií (Penn, 2002). Z toho vyplývá, že sociální handicap má značnou spojitost s vývojem nemoci a procesem uzdravení.

K lepšímu pochopení sociálního poškození způsobeného schizofrenií je potřeba zaměřit se na identifikaci faktorů, které zdůrazňují interpersonální deficity. Jedním z faktorů je poškození kognitivních funkcí. Konkrétně verbální paměť, pozornost a exekutivní funkce mají značný vliv na různé oblasti sociálního fungování. Dále lze uvést schopnost zpracování informací, která také přispívá ke specifickému sociálnímu chování lidí se schizofrenií, neboť se nejedná jen o zpracování nesociálních stimulů (například čísla a objekty), ale i toho, jak jedinec vnímá a interpretuje stimuly sociální, například jak vnímá sebe (jak si připadá sociálně zdatný), ostatní (jak úspěšně identifikuje jejich emoce) či situaci (Penn, 2002).

Sociální fungování tedy popisuje to, jak je jedinec schopný obstát v interpersonálních situacích, což může zahrnovat například chování v komunitě – nakupování či jízdu hromadnými dopravními prostředky. Dále sem lze zařadit i schopnost nezávislého bydlení neboli základní zvládání financí, dodržování hygienických návyků (Penn, 2006). Jedná se tedy především o zvládání sociálních situací, s čímž však souvisí i úkony nejen čistě společenské.

Sociální fungování pravděpodobně značně ovlivňuje sociální kognice. Adolphs sociální kognici definoval jako „schopnost konstruovat reprezentace vztahů mezi sebou a ostatními a následně tyto reprezentace flexibilně využívat k řízení sociálního chování“ (Adolphs, 2001, str. 231). Z toho vyplývá vztah mezi sociální kognicí a sociálním fungováním, neboť schopnost správně a v adekvátním tempu zpracovat sociální podněty může být často zásadní pro navazování a udržování

romantických, přátelských či rodinných vztahů. Sociální kognice pak následně zasahuje i do školních a pracovních schopností člověka a může narušit i jeho schopnost samostatného bydlení.

Dalším aspektem situace pak může být to, zda má jedinec dostatečné sociální příležitosti k tomu, aby se mohl naučit dovednosti jako je péče o domov a o finance, neboť to může být důležitou predispozicí pro zlepšení (Penn, 2006).

Reintegrace jedinců s vážným duševním onemocněním do společnosti je jedním z hlavních cílů deinstitalizace. Ze současných studií vyplývá, že mnoho pacientů žije nezávisle, ať sami či s přáteli nebo s rodinou, nicméně jejich vlastní sociálně-podpůrné systémy jsou často právě z důvodu snížené sociální kognice hůře vyvinuté a jejich sociální fungování v následku onemocnění klesá (Melle et al., 2000). Studie dále ukázaly lepší kvalitu života a lepší klinickou prognózu u zaměstnaných jedinců se stabilním a nezávislým bydlením, což zdůrazňuje důležitost sociálního fungování a jeho podpory (Maat et al., 2012).

1.7 Průběh onemocnění a prognóza

V literatuře se standardně uvádí, že k první manifestaci schizofrenie zpravidla dochází v pozdní adolescenci a časně dospělosti. Motlová k tomu uvádí, že: „...největší riziko pro začátek onemocnění představuje období mezi patnáctým a třicátým rokem, tedy koinciduje s hlavním obdobím sociálního zrání.“ (Motlová, 2004, str. 39). Nejčastěji pak onemocnění propuká postupně, méně častý byl akutní nástup. Pro začátek onemocnění jsou nejtypičtější negativní příznaky, nejčastěji pak neklid a deprese, ale také úzkost, obtíže s přemýšlením a koncentrací, nedostatek sebevědomí a energie. Již před první atakou tedy dochází ke zhoršení sociálního fungování, což pak následně ovlivňuje následný průběh nemoci a kvalitu života (Motlová, 2004).

Jedním z nejdůležitějších dotazů pacientů a jejich rodin ohledně diagnózy schizofrenie je prognóza onemocnění. Schizofrenie je heterogenním onemocněním a její dlouhodobý průběh a prognóza se mohou u jednotlivých osob signifikantně lišit. Výzkumy ukázaly, že k remisi do čtyř týdnů může dojít u 27 % osob a u 45 % osob do 5 let, 20-30 % lidí je k léčbě resistantní. I když je však dosaženo remise, vysoké riziko relapsu u tohoto onemocnění stále přetrvává – 35 % lidí se schizofrenií jej zažijí do 2 let, 74 % pak do 5 let od propuknutí onemocnění. (Kanahara et al., 2013). Tato zjištění potvrzují, že prognóza je vždy značně individuální a k jejímu relevantnímu stanovení je nutno daného člověka dlouhodobě pozorovat.

Existují však jisté faktory, které mohou napovědět, jak bude onemocnění do budoucna vážné a jak bude probíhat. Mezi tyto prediktivní faktory patří délka trvání neléčené psychózy, způsob propuknutí onemocnění a premorbidní fungování. Délka trvání neléčené psychózy má obzvláště

negativní efekt na mnoho symptomů, pravděpodobnost remise a sociální fungování (Kanahara et al., 2013). Compton, Berez a Walker (2017) pak dále jmenují pohlaví jedince (u mužů schizofrenie často probíhá vážněji a viditelněji než u žen), věk propuknutí nemoci (čím je jedinec mladší, tím horší má nemoc zpravidla průběh a je více resistantní k léčbě) a to, zda se v rodinné anamnéze vyskytuje schizofrenie. Jako signifikantní se ukazuje být i premorbidní osobnost jedince – schizoidní, schizotypní či paranoidní premorbidní osobnost jsou spojeny s horší prognózou (Češková, 2007).

Závažnější průběh onemocnění a potencionální zvýšení počtu relapsů je spojeno rovněž s abusem drog, převážně pak marihuany. Užívání marihuany zhoršuje průběh onemocnění a má ničivý dopad na sociální fungování. (Winklbaur, 2006).

Kromě výše uvedených prediktorů mají na průběh a prognózu nemoci vliv i faktory psychosociální. Nepříznivé životní události mohou dlouhodobě zvyšovat hladinu stresu – zde se může jednat například o rozpad podpůrné sociální sítě, který může mít na osobu se schizofrenií zničující účinky a může vyvolávat pocit izolace a následně deprese. Podobný pocit nejistoty může vyvolat dlouhodobá pracovní neschopnost a s ní spojená životní nejistota a nemožnost nalezení vyhovujícího pracovního místa. Dalším negativním psychosociálním faktorem je bezdomovectví (Motlová, 2004).

1.8 Stigmatizace a self-stigma

Se sociálními aspekty onemocnění úzce souvisí i problematika stigmatizace. Většina jedinců se schizofrenií se se stigmatizací setká, přičemž se často jedná o velice zatěžující zkušenost, která je často popisována jako více nepříjemná než samotné onemocnění. Stigmatizace je proces označování člověka, které má za následek odmítání a vylučování stigmatizovaného ze společnosti, respektive pak vlastní pocity studu a nízkého sebevědomí, které mají původ v negativním úsudku společnosti o daném člověku. To se děje na základě nějakého rysu souvisejícího s identitou jedince, který je společností negativně vnímán a považován za nenormální. Identifikace toho, co je považováno za stigmatizující, je tedy kulturně a společensky závislá. Stigmatizující pohled dokonce není limitován na neinformované členy široké veřejnosti, ale dokonce ani podrobně proškolení profesionálové zabývající se duševním zdravím nejsou vůči stereotypům imunní (Corrigan, 2002).

K duševním poruchám, které se potýkají s největší mírou stigmatizace, patří i schizofrenie a obecně psychotická onemocnění. Patrně je tomu tak proto, že lidé se schizofrenií jsou vnímáni společností jako zvláštní a cizí a jejich chování je ostatním často nesrozumitelné, což může vyvolávat pocit strachu. V důsledku mediální reprezentace schizofrenie a psychóz obecně také v široké veřejnosti roste přesvědčení, že lidé jsou tyto lidé agresivní a chtějí jim nepředvídatelným způsobem

ublížit (Owen, 2012). V nepochopení duševního onemocnění se v západní společnosti neustále objevuje několik témat a stigmatizujících přístupů. Analýza filmu a tisku identifikovala tři: lidé s duševním onemocněním jsou vraždící maniáci, kterých se musíme bát, mají dětské vidění světa, kterému bychom se měli podívat, nebo jsou za svou nemoc zodpovědní sami, protože mají slabý charakter (Gabbard, 1991). Výsledky dvou nezávislých faktorových analýz odpovědí více než 2000 britských a amerických občanů s těmito výsledky korespondují. Nejčastěji bylo uváděno to, že lidé s vážným duševním onemocněním bychom se měli bát a tím pádem je vyloučit z komunity. Další častou odpovědí bylo, že lidé s duševním onemocněním jsou nezodpovědní, jejich životní rozhodnutí by za ně tedy měli činit jiní. Dále je pak o lidech s duševním onemocněním smýšleno jako o dětinských bytostech, které potřebují nepřetržitou péči (Corrigan, 2002).

Stigma může mít tedy především na lidi trpící schizofrenií vysoce škodlivé a izolující účinky. Ritsherová a Pelan (2004) tvrdí, že negativní efekt stigmatu může působit skrze interní vnímání, přesvědčení a emoce stigmatizované osoby, a to i daleko za hranice efektů diskriminace jinými osobami.

Behaviorální dopad (či jinak řečeno diskriminace) může mít čtyři formy: odepření pomoci, vyhýbání se těmto lidem, nucená léčba a segregované instituce. Studie také v minulosti ukázaly, že veřejnost odmítá z důvodu stigmatu poskytnout pomoc potřebným minoritám (Weiner, Perry, Magunson, 1988). Extrémnější formou tohoto chování je pak sociální vyhýbání se, přičemž v takovémto případě se veřejnost odmítá podílet na interakci s lidmi s duševním onemocněním docela. Lidé bez osobní zkušenosti se schizofrenií se pak s nimi zdráhají například společně strávit večer, pracovat vedle nich či podpořit svatbu člena své rodiny s jedincem s psychózou (Dinos, 2004). Další projevy stigmatizace mohou zahrnovat ztížené shánění dobré práce či hledání kvalitního a bezpečného bydlení (Byrne, 2000).

Kromě výše popsané veřejné stigmatizace, kterou lze chápat jako předsudky veřejnosti vůči určité specifické skupině osob, hraje důležitou roli v ovlivnění psychického stavu jedince i proces sebestigmatizace. Zřejmě existuje vztah mezi mírou stigmatizace a sebestigmatizace ve společnosti, přičemž ve společnostech s nižší mírou stigmatu lze najít větší ochotu se o psychickém onemocnění informovat či vyhledat odbornou pomoc (Schwenk et al., 2010).

Self-stigma je vlastně internalizované vnější stigma – jedinec si nejprve začíná uvědomovat, že se k němu okolí chová hůře než k ostatním a odsuzuje jej. Poté začíná věřit, že předsudky k lidem s duševním onemocněním jsou opodstatněné, a nakonec se této víře plně oddá a nekriticky jedná v souladu s ní (Corrigan et al., 2011). Stigmatizace souvisí s tím, jak daný jedinec vnímá sebe v kontextu stigmatizované skupiny a do jaké míry u něho dochází k internalizaci postojů veřejnosti.

Sebestigmatizace je pak doprovázena ztrátou pozitivních přesvědčení o sobě samém, poklesem sebevědomí a horším náhledem na ostatní jedince trpící psychózou (Vrbova et al., 2016). Na základě posledního systematického přehledu (Gerlinger et al., 2013) vyšlo najevo, že vnější stigma i self-stigma je asociováno s růstem depresivních symptomů, vyšší sociální úzkostí a vyhýbavým chováním, nižším sebevědomím, horším sociálním fungováním a obecně horší kvalitou života. Třetina až polovina pacientů se pak za své onemocnění stydí a prožívá odcizení jako jeden z nejsilnějších aspektů stigmatizace. Na základě zvýšené úzkosti a depresím pak dochází ke snížení kvality života a snížení pracovní výkonnosti (Yanos et al., 2015).

Stigmatizace však není jen doménou široké veřejnosti, ale také profesionálů pečujících o duševní zdraví. Role profesionálů je důležitá ze dvou důvodů: jednak z pozice autority mohou ovlivnit názor veřejnosti a zadruhé jsou v každodenním kontaktu s jedinci se schizofrenií a mohou tak výrazně ovlivnit jejich zdravotní i sociální stránku, a především pak proces sebestigmatizace (Janoušková, Winkler, 2015).

Na základě výzkumů lze předpokládat, že ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním dochází jak u všeobecných lékařů, tak u psychiatrů, ostatního zdravotnického personálu, a i studentů medicíny. Tato stigmatizace pak vede k neposkytnutí adekvátní péče lidem s duševním onemocněním (Corrigan et al. 2014).

Stigmatizace a boj proti stigmatu u duševního onemocnění jsou dnes aktuálním tématem po celém světě. Nepochybně je zde třeba dalšího vzdělávání, jak profesionálů zabývajících se duševním zdravím, tak široké veřejnosti. Je nutné se zaměřit na výzkum sociálních struktur, které stigma umožňují, a na základě získaných dat se zde systematicky snažit o změnu.

1.9 Terapie schizofrenie

Na úvod je třeba zdůraznit, že schizofrenie je léčitelná nemoc, přestože její léčba může mít často dlouhodobý charakter. Je sice možné, že po první atace již k žádnému relapsu nedojde, nejde to však vyloučit. Léčba nemoci je komplexní. Jejím základem zůstávají antipsychotika, přičemž v současné době jsou preferována antipsychotika II. generace (atypická). Farmakoterapie je dále doplněna o psychosociální intervence a další sociální péči v oblasti bydlení, práce, volného času a sociálních vztahů.

Cílem léčby je pak zmírnění pozitivních a negativních příznaků, snížení frekvence a závažnosti psychotických atak a zlepšení funkční kapacity, kvality života a osobní pohody. Přestože tedy často není možné se bez farmakoterapie obejít, mělo by docházet k vhodnému doplnění léčby psychosociálními intervencemi.

1.9.1 Farmakoterapie

Antipsychotika jsou dnes metodou první volby v léčbě schizofrenie. Existují dvě skupiny antipsychotik – klasická a atypická. Klasická antipsychotika byla výhodná především pro potlačení nežádoucích pozitivních příznaků onemocnění. Tento efekt však doprovází řada nepříjemných vedlejších účinků, především pak extrapyramidové syndromy, jako je například parkinsonismus, akutní dystonie, akatizie a tardivní dyskinezie (Arana, 2000; Motlová, 2004). K dalším vedlejším příznakům patří hypobulie, apatie, pokles libida a suchost sliznic, což v kombinaci s extrapyramidovými syndromy výrazně snižuje kvalitu života, zvyšuje úzkost a depresivitu a může vést také k rozhodnutí jedince přerušit terapii docela (Beaumont, 2000). Mezi nejčastěji používaná antipsychotika první generace patří Haloperidol či Plegomazin (Češková, 2007).

K jistému zlepšení došlo s nástupem antipsychotik II. generace. Tento typ antipsychotik neovlivňuje jen pozitivní příznaky, ale potlačuje i příznaky negativní a pomáhá předcházet relapsu. V porovnání s klasickými antipsychotiky také vykazují nižší míru extrapyramidových syndromů a tardivní dyskinezie (ÜÇÖK, 2008). Dále pak mohou působit i u jedinců považovaných za farmakorezistentní a pomáhají v léčbě kognitivní dysfunkce (Motlová, 2004).

Jejich nevýhodou je, že vedou k většímu nárůstu hmotnosti než klasická antipsychotika, což kromě vyššího rizika rozvoje kardiovaskulárního onemocnění a riziko diabetu mellitu 2. typu. To pak snižuje očekávanou délku života (Bak et al., 2014). Nárůst hmotnosti také může ovlivňovat sebevědomí a ochotu léky užívat.

Volba antipsychotika pak záleží na souhře tří hlavních faktorů: pacienta, lékaře a medikamentu. U pacienta záleží na předchozí reakci na daný medikament a projevu případných nežádoucích účinků, na tom, zda je ochoten lék akceptovat a na postoji rodiny. Lékař by pak měl identifikovat a zvážit rizikové faktory a vedlejší účinky a rozhodnout se na základě psychického i fyzického stavu nemocného. Dále je třeba brát v úvahu účinnost, snášenlivost, formu a finanční dostupnost léku (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015). Vhodné je zde také brát v úvahu sociální situaci pacientů, například jak je mohou konkrétní vedlejší příznaky ovlivnit v nástupu do práce.

Výzkumy také ukazují, že záleží i na formě, kterou se antipsychotika podávají. U depotní léčby byla zjištěna vyšší adherence. Adherence bývá u orální formy léčby nízká, i když si lidé uvědomují důležitost medikace pro ulehčení si od psychotických symptomů. Depotní forma se zdá být lepší i vzhledem k sociálnímu fungování a integraci, přičemž efektivita a četnost vedlejších příznaků je pro obě formy léčby stejná (Popp et al., 2014).

1.9.2 Psychosociální intervence

Psychosociální intervence by měla být vedle farmakoterapie nedílnou součástí léčby schizofrenie. V současné době je již všeobecně akceptováno, že samotná medikace není dostačující nástroj vedoucí k zotavení a zdaleka neřeší všechny problémy, s nimiž se člověk může setkat při snaze znovuzapojit se do společnosti a vést kvalitní život. Nejedná se tedy jen o doplňkovou léčbu k psychofarmakům, ale spíš o léčbu součinnou. Psychosociální intervence může pomoci převážně u sociálních dovedností a zvýšení míry osobní pohody. Míra a forma by vždy měly být založeny na individuálních potřebách člověka. Mezi možnosti, které lze v rámci psychosociální intervence použít, patří například individuální nebo skupinová psychoterapie, rodinná psychoedukace, trénink sociálních dovedností a podporované bydlení a zaměstnání. To vše pak probíhá v systému komunitní péče.

1.9.3 Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie, neboť toto onemocnění je pro člověka velice zatěžující a jeho propuknutí má často za následek celé spektrum psychických problémů. Mohou se zde vyskytovat deprese, úzkosti či obtíže v mezilidské komunikaci. Jedinec se dále musí vyrovnat s přetrvávajícími a velice zatěžujícími psychotickými symptomy, přičemž psychotická zkušenost často může otřást celým systémem hodnot a vlastním sebeobrazem. Kromě individuální a rodinné psychoedukace a tréninku sociálních a kognitivních funkcí se ukázala být funkční v rámci schizofrenie především kognitivně-behaviorální terapie (Morrison, 2009).

KBT techniky se v minulosti užívaly hlavně pro mírnění poruch nálady a úzkostných poruch, nyní se však aplikují i na vážná duševní onemocnění. Poškození základních sociálních rolí a funkcí, které se ukázalo jako velice odolné k farmakoterapii, na KBT dobře reaguje. Dochází tak ke zlepšení pracovního, rodinného i intimního života jedince. KBT dále může být úspěšná v léčbě poruch nálady a úzkostných poruch (včetně traumatu), které často mohou být průvodními jevy schizofrenie (Morrison, 2009).

Kognitivně-behaviorální terapie schizofrenie je založena na analýze maladaptivních vzorců chování a hodnocení sebe i ostatních a explanaci toho, jak tyto vzorce vznikly a čím jsou udržovány. Po uvědomění si těchto vzorců může klient společně s terapeutem pracovat na jejich změně. Tai a Turkington (2009) na základě metaanalýzy vzniklých studií uvádějí, že KBT vykazuje snížení pozitivních i negativních symptomů schizofrenie na konci terapie a je efektní v klinických i výzkumných podmínkách. V některých situacích se však může efektivita terapie značně snížit, a to především pokud lidé nevnímají že mají problém s duševním zdravím a převažují u nich bludné

systémy. Účinnost terapie se také snižuje u duálních diagnóz, jako je například drogová závislost, neboť pak dochází k horšímu navázání spolupráce. Nicméně KBT vykazuje slibné výsledky i v těchto komplikovanějších situacích (Tai, Turkington, 2009). Obecně se tedy dá říci, že hlavní kontraindikací pro KBT je nedostatek náhledu.

KBT k léčbě schizofrenie nabízí specifické techniky. Dle Tarriera a Haddocka (2004) jde především o rozvinutí copingových strategií, které mohou pomoci s psychotickou dekompenzací. K tomu má dojít za pomoci důrazu na normální proces vyrovnávání se s překážkami (psychóza je pak příkladem této překážky). Dále by se pak měl vyvinout nový systém kognitivních a behaviorálních odpovědí na přetrvávající problém, k čemuž dojde skrze simulaci zátěžových situací, přeučování se a roleplaying. Copingové mechanismy se tvoří externí verbalizací, která během internalizačního procesu následně vymizí. Behaviorální copingové mechanismy jsou pak osvojeny skrze nácvik. Autoři také uvádějí konkrétní kognitivní a behaviorální techniky, například přepínání pozornosti, zužování pozornosti, zvyšování úrovně aktivity, sociální zapojení a odpojení, modifikace sebehodnocení a vnitřní dialog (Tarrier, Haddock, 2004). Beck a Rector navrhuje léčení negativních symptomů, jako je amotivace, anhedonie a sociální stažení, za pomoci selfmonitoringu, podrobného plánování aktivit či výcviku asertivity (Beck, Rector, 2005).

Turkington zdůrazňuje důležitost navázání terapeutického vztahu (což je důležité pro všechny úspěšné psychoterapie), přičemž by zde měl být kladen důraz na klientovu perspektivu. Ukázalo se však, že osoby se schizofrenií nejsou příliš nakloněny vidět svůj problém jako onemocnění, ale že jsou spíše ochotni své problémy popsat jako “neshodu” se členy rodiny a přáteli, přílišný stres či “zvláštní pocit” v jejich hlavě. Terapeut by v rámci vybudování vztahu s klientem tedy měl spíše nabídnout minimalizaci těchto symptomů než prosazovat to, aby klient přijal diagnózu schizofrenie.

1.9.4 Individuální a rodinná psychoedukace

Psychoedukační přístup byl vyvinut za účelem zvýšení pacientovy znalosti onemocnění a jeho léčby. Předpokládá se, že znalosti mohou pomoci lidem se schizofrenií se efektivněji srovnat se svou nemocí, což bude mít kladný vliv na průběh léčby a na prognózu. Jedná se o informování jedince a jeho rodiny ohledně dostupných poznatků o symptomech, léčbě a prognóze jeho onemocnění.

Psychoedukace byla původně vytvořena jako jeden z mnoha elementů komplexní rodinné terapie. Pacienti a jejich příbuzní měli být formou informativní přednášky seznámeni se základními charakteristikami nemoci, což mělo přispět k základnímu pochopení problematiky terapie a tím je přesvědčit k dlouhodobé spolupráci. Později se psychoedukace vyvinula v samostatný terapeutický program se zaměřením na dovedné sdělování zásadních informací v rámci kognitivně behaviorálního

přístupu, což by mělo dopomoci pacientovi a jeho rodině s porozuměním nemoci a s vyrovnáním se s ní. Program se pak sestává z individuální behaviorální terapie, tréninku asertivity a komunikačního tréninku, přičemž tyto složky jde dle potřeby doplnit širší rodinnou terapií (Bauml, 2006). Během let byla psychoedukace prováděna v mnoha různých formách: krátké či dlouhé psychoedukační intervence, větší skupiny rodin versus menší skupiny rodin, oddělené skupiny pro pacienty a pro jejich rodiny a skupiny vedeny peer konzultanty nebo profesionály (Rumel-Kluge, Kissling, 2008).

Psychoedukace se pak ukazuje být obzvláště důležitou obzvláště důležitou ve vztahu k medikaci schizofrenie, protože z důvodu mnoha nepříjemných vedlejších účinků ji osoby se schizofrenií často nechtějí užívat. Informace ohledně důležitosti léků je často vnímána jako zásadní a pomáhá snížit neochotu podstupovat léčbu. Jako méně zastrašující jsou pak vnímány i vedlejší příznaky antipsychotik (Xia et al., 2011).

Mnoho studií prokázalo, že psychoedukativní terapeutické programy mohou vést ke snížení rodinné zátěže, lepšímu vypořádání se rodiny s nemocí, snížení počtu relapsů a rehospitalizací a ke zvládnutí negativních symptomů onemocnění (Tsiouri et al., 2015). Psychoedukace pak dále pomáhá v udržení rodinné soudržnosti a stability. Pod tím si můžeme představit rituály, tradice, dovolené a rekreační sociální aktivity. Madianos a Economou (1994) zjistili, že rodiny, jejichž členem je člověk se schizofrenií, mají menší tendence se věnovat rodinným rituálům než ostatní rodiny. To je možno zdůvodnit tím, že dlouhodobý průběh nemoci způsobuje narušení v mnoha aspektech rodinného života, a to včetně oblasti rodinných rituálů.

1.9.5 Trénink sociálních dovedností

Sociální dovednosti mohou být definovány jako schopnosti adaptivního, naučeného a společensky akceptovatelného chování, které pomáhají vypořádávat se s výzvami každodenního života. Vstupují do hry vždy, když dochází k mezilidskému kontaktu, ovlivňují tedy široké spektrum lidských potřeb.

Trénink sociálních dovedností je jednou z nejužívanějších a nejpotřebnějších terapeutických technik. Společenské interakce, které vyžadují analýzu mnoha paralelních vjemů, mohou být pro jedince se schizofrenií zahlcující a představovat tak zátěž. Důsledkem toho může být vyhýbání se sociálním situacím a následná izolace. Sociální kompetence tedy sehrává zásadní roli v zapojení jedince do společnosti, což z ní činí faktor výrazně ovlivňující osobní pohodu.

Trénink sociálních dovedností se skládá z edukativních aktivit užívajících behaviorální techniky, které napomáhají lidem se schizofrenií osvojit si zvládnutí mezilidských vztahů a dovedností

potřebných pro nezávislý život a fungování v jejich komunitách. Sociální dovednosti pak musí být posilovány skrze jejich úspěšnou aplikaci ve společenském životě. Kognice se pak zvyšuje zároveň se zlepšením v oblasti self-efficacy, sebevědomí a míry optimismu. Přímý trénink sociálních dovedností má tedy výrazný dopad na to, jak se jedinec cítí a jak o sobě přemýšlí.

Sociální dovednosti a kompetence mohou být také vnímány jako protektivní faktory proti stresu a zátěži způsobené nemocí (Libermann, 2005). Posílení sociálních dovedností a kompetencí jedinců se schizofrenií může být jedním z faktorů, který omezuje a kompenzuje škodlivé efekty kognitivních deficitů, neurobiologické zranitelnosti, stresujících událostí a sociálního nepřízpůsobení. Copingové strategie a sociální dovednosti neposkytují jen ochranu relapsem vyvolaným stresem a také odolnost, mezilidskou podporu, sociální afiliaci a zvýšení úrovně osobní pohody. Není překvapivé, že se ve velkém vzorku více než 2000 jedinců se schizofrenií objevila signifikantní korelace mezi atributy, které odrážely sociální kompetenci – například dobré psychologické fungování – a subjektivních zpráv ohledně vysoké životní spokojenosti (Salokangas et al, 2006).

Jsou-li jedinci vybaveni dovednostmi, které jim mohou pomoci s vypořádáním se se stresujícími událostmi v životě a s každodenními nepříjemnostmi, jsou pak více zdatní v řešení problémů a výzev které se mohou v jejich životě objevit. V důsledku toho je pak méně pravděpodobné, že stresory zapříčiní sociální dekompenzaci či relaps. Navíc protektivní efekty získané tréninkem sociálních dovedností také mohou pomoci jedincům stabilizovat jejich onemocnění, zlepšit ochotu k užívání medikace a k podstupování psychosociálních intervencí a zvýšit tak šance na zotavení (Libermann, Kopelowitz, 2005).

Vzhledem k tomu, že schopnost učení bývá u většiny osob se schizofrenií poškozená, je dobré se i u sociálního tréninku zaměřit na specifickou formu předávání dovedností (Harvey et al., 2004). Ke vštípení a udržení interpersonálních dovedností a kompetencí dochází především za pomoci opakovaného nácviku. Nejprve je u každého požadovaného sociálního chování potřeba zhodnotit daný cíl a ten si následně rozložit na menší, snáze dosažitelné cíle – komplexní sociální dovednosti se skládají z dílčích úkonů, které na sebe v přesném sledu navazují. Například zahájení konverzace vyžaduje nejprve se usmát, navázat oční kontakt a získat pozornost druhého člověka. Následuje použití obecné otázky, poté kladení specifických otázek v reakci na odpovědi a sdílení adekvátních informací (Vrbová, Praško, 2016).

V tréninku sociálních dovedností se často využívají například techniky modelování, hraní rolí, tvarování (shaping), napravující a posilující zpětná vazba a řetězení (chaining). U modelování se jedná především o nápodobu vzoru, přičemž tímto vzorem může být buď terapeut nebo jiný člen skupiny. Jedná se o jeden z nejrychlejších způsobů sociálního učení. Podobně užitečné je hraní rolí

a přehrávání problematických scén. Shaping se zakládá na tom, co daný jedinec už zná a ovládá – k žádoucímu chování jsou pak za asistence terapeuty přidávány další žádoucí prvky. Zpětná vazba probíhá nejprve pozitivní, poté terapeut jedinci sdělí, co by se ještě dalo na jeho interakcích s ostatními zlepšit. Nejkomplexnější formou sociálního učení je pak řetězení neboli chaining, které se používá u osob, které se potřebují naučit celé sekvence dovedností či potřebnými dovednostmi již disponují, nicméně je nejsou schopni použít ve správném pořadí (Drake, Bellack, 2005).

Přestože profesionální pomoc při tréninku sociálních dovedností může být nepochybně velice užitečná, ukázalo se, že může být i velice prospěšné zapojit do nácviku členy rodiny a blízké. Kopelowicz (2003) zapojil rodiny jedinců se schizofrenií do učebního procesu copingových strategií a sociálních dovedností, přičemž kromě postupu přímého tréninku jim byla vysvětlena i důležitost společenských příležitostí k utvrzení získaných dovedností a průběžné podpory jejich přibuzného. Účastníci projektu se dané dovednosti velice dobře naučili, zvládli je přenést do svého přirozeného společenského prostředí a udrželi si je nejméně do doby šesti měsíců po skončení tréninku. Dále se pak u těchto osob vyskytovalo méně hospitalizací během devítiměsíčního trvání studie, a i během následujícího roku.

Zlepšení sociálních dovedností může napomoci zlepšení v mnoha dalších oblastech života důležitých pro osobní pohodu jedince – pozitivní vztahy s lidmi a navázání přátelství a kvalitních partnerských vztahů, nezávislé bydlení, vzdělání a zaměstnání. Sebevědomí, self-efficacy, naděje a schopnost převzít zodpovědnost se staly úhelnými kameny přístupu zotavení s tím, že samy o sobě jedincům přinesou mnoho výsledků a benefitů. V současné době se však ukazuje, že snahy zaměřené na zvýšení sebevědomí tyto očekávané benefity samy o sobě neposkytují. Zvýšení sebevědomí a naděje je důsledkem adaptivního, produktivního chování a seberozvoje což vede ke zvýšení sociálních kompetencí a s tím souvisejícím odměnám (Baumeister et al., 2003).

1.9.6 Podporované bydlení a zaměstnání

Osoby se schizofrenií se z důvodu stigmatu či poškození sociálních dovedností často ocitají v situaci, kdy nemohou najít odpovídající bydlení či pracovní pozici. Bydlení a práce mají velký vliv na osobní pohodu, ale i na reintegraci do společnosti, snížení sociálního stažení či zvýšení sebevědomí.

Proces deinstitutionalizace v posledních několika letech vedl k rozvoji služeb podporovaného bydlení pro jedince s duševním onemocněním. Zpočátku se jednalo převážně o komunitní budovy, nicméně časem se zjistilo, že po určité době jsou lidé často schopni samostatného bydlení a zhusta tuto možnost preferují. Existují tedy jak zařízení s nepřetržitým 24 hodinovým dohledem tak sdílené

byty s dohledem méně intenzivním. Ideální je samozřejmě stav, kdy vůbec nemusí dojít k vytržení člověka z jeho přirozeného prostředí a jedinec se schizofrenií může přijímat profesionální péči v pohodlí a bezpečí svého domova. K tomu slouží takzvaná komunitní centra, která vychází z principu kontinuity psychiatrické péče a sociálních služeb a jejich přístup je založen na akcentaci flexibility a individuality potřeb každého člověka. Tyto týmy se skládají z odborníků, kteří vyjíždějí do jednotlivých bydlíšť (například sociální pracovníci, psychiatr, zdravotní sestra), přičemž služby koordinuje osobní asistent (case manager). Ten monitoruje celkový stav jedince a jeho potřeby. Jednou z jeho povinností je i zajištění bezproblémového přechodu z lůžka do domácího prostředí.

Lidé se schizofrenií, kteří potřebují podporované bydlení mají často kognitivní potíže, které ovlivňují jejich organizační dovednosti, motivaci a schopnost zvládat aktivity každodenního života (Killaspy, 2016). Podpora, kterou potřebují je tedy převážně praktického rázu, což může zahrnovat asistenci při zvládání medikace, osobní péče, praní, vaření, nakupování a uklízení či při placení účtů. Vzhledem k tomu, že většina těchto je nezaměstnaná a sociálně izolovaná, mohou také potřebovat podporu ve znovuzapojení se do společnosti skrze komunitní aktivity a v udržení kontaktu s přáteli a rodinou (Priebe et al., 2009).

Kromě subjektivního zvýšení pocitu bezpečí, osobní pohody a sebevědomí dochází u jedinců se schizofrenií využívajících služeb podporovaného bydlení ke zvýšení pocitu stability a optimismu, zlepšení kontinuity léčby a snížení počtu a doby trvání hospitalizací (Holmes et al., 2017).

Podobně komplikované jako bydlení může být pro člověka se schizofrenií i proces hledání a udržení si zaměstnání. I zde vstupuje do hry stigma a specifické potřeby jedince – z důvodu snazšího vyčerpání, únavy a útlumu například tyto lidé často nemohou pracovat plných osm hodin, potřebují mít v práci volnější tempo a také často potřebují pomoc se zvládáním společenských situací, což může zaměstnavatele odradit. V současné době je více jak 85 % lidí se schizofrenií nezaměstnaných (Twamley et al., 2009).

Většina programů pro podporu zaměstnávání se řídí podle modelu Individual Placement and Support (IPS), který poskytuje směrnice podpory zaměstnání. IPS je založeno na strategii „nejprve zaměstnat potom trénovat“ oproti „nejprve trénovat potom zaměstnat“. Důraz se zde klade na rychlé hledání pracovní pozice na základě dovedností a preferencí daného jedince, které je následováno tréninkem dovedností potřebných pro výkon daného zaměstnání (je-li to potřeba) a další podporou nutnou pro to, aby si jedinec práci udržel. Hledání pracovní pozice musí být odpovídající preferencím a zájmům dané osoby, přičemž i zde lze využívat komunitního vzdělávání a programů. IPS je tedy důležitou složkou komplexní léčby schizofrenie (Twamley et al., 2009).

Ukazuje se, že za pomoci podporovaného zaměstnávání mají jedinci s duševním onemocněním větší šanci si pracovní pozici dlouhodobě udržet. Podpora zaměstnávání podle modelu IPS také vede k nižší frekvenci hospitalizací, lepší spolupráci při léčbě, nižšímu abúzu alkoholu, lepšímu výkonu rodinných rolí, zlepšení sebevědomí a zvýšení sociální aktivity (Motlová, 2004).

1.9.7 Recovery přístup

Pozdní dvacáté století přineslo podstatné změny ve společnosti i v medicíně. Rozpor mezi sociálním konsensem a individuálními hodnotami vedl ke zpochybňování paternalistické role západní medicíny a k reexaminaci postojů k duševně nemocným. Začala se čím dál tím více zpochybňovat autorita institucí a jimi prosazovaných názorů (Turner, 2004). Recovery model nahlíží na duševní onemocnění ze zcela jiné perspektivy než tradiční psychiatrický přístup.

Pro mnoho lidí může Recovery model být především o udržení si kontroly nad svým životem spíše než o navrácení se do stavu před nemocí. Nesoustředí se na potlačení všech symptomů, ale zdůrazňuje důležitost odolnosti a kontroly nad vlastním životem – intervence poté probíhají za cílem vybudování odolnosti a podpory v emočně náročných situacích (Davidson, 2004). Za základní principy modelu bychom mohli označit důraz na naději a pevnou víru v to, že lidé s vážným duševním onemocněním mohou i navzdory svým symptomům stále vést smysluplný život. Recovery model je pak často za proces, vizi, koncepci či princip (Jacob, 2015). Nejedná se tedy o striktně lineární přístup vedoucí k jasnému a jednoduchému zlepšení, počítá se zde se vzestupy i pády psychického stavu.

Je potřeba optimismu a důvěry jak od samotných lidí s duševním onemocněním, tak od jejich rodin, profesionálních pracovníků, sociálních služeb a celé komunity. Proces zotavení je silně ovlivněn očekáváními a přístupem a od okolí je zapotřebí hojné podpory.

V recovery modelu se rovněž uplatňuje holistický přístup – zotavení objímá celý jedincův život, a to včetně mysli, těla, duch a komunity. Je zde potřeba brát do úvahy všechny aspekty života, jako je ubytování, zaměstnání, vzdělání, psychické i fyzické zdraví. Důležitá může být i spiritualita, kreativita, sociální síť a rodina.

Recovery se dále soustředí spíše než na negativa a omezení na podporu silných stránek člověka. Budováním a rozvíjením těchto silných stránek je možné nechat za sebou společensky stigmatizované role a zapojit se do komunity v nových smysluplných životních rolích (například partner, pečovatel, přítel, student, zaměstnanec).

Recovery model také počítá s úlohou ostatních lidí se zkušeností s vážným duševním onemocněním, neboť mohou podporovat daného jedince a sdílet s ním své zážitky a poznatky ohledně nemoci. Člověk se pak cítí ve své roli méně osamocený a méně vyděšený, neboť ví, že si podobnou

zkušeností prošli i jiní lidé a zvládli ji (Frese, Knight, Saks, 2009).

Vyvinutí osobních copingových strategií je důležitým elementem na cestě k zotavení. To může zahrnovat i užívání medikace či docházení k psychoterapeutovi, pokud je jedinec plně informován o benefitech, rizicích možných vedlejších účincích dané léčby. Efektivní copingové strategie jsou dále klíčové pro zvládnutí situací a oblastí, které jsou pro jedince z nějakého důvodu komplikované (ať už souvisí či nesouvisí s psychickým onemocněním). K tomu je pak potřeba, aby se člověk stal svým vlastním lékařem či pečovatelem – jen tak může co nejlépe identifikovat stresory a možné krize. Důležité pro proces zotavení je mít vědomí smyslu, které pak může člověka motivovat v další snaze. Toto vědomí pak může úzce souviset se sociální nebo pracovní rolí či s obnovením, nalezením či vyvinutím životních hodnot a víry, ať už z oblasti filosofické, náboženské, kulturní či politické (Warner, 2009).

Mnoho lidí s duševním onemocněním nyní žije v komunitě, převážně z důvodu zavírání psychiatrických nemocnic. Přesto však až příliš mnoho lidí vede osamělé životy. Mnoho psychiatrických zařízení či komunitních týmů nedokáže správným způsobem podpořit své uživatele v navazování přátelských vztahů ve své komunitě. Aktivní zapojení se do komunity vyžaduje vzájemný respekt a ocenění kvalit všech členů komunity, ať už s psychickými obtížemi či nikoliv. Proces zapojení a následné zotavení jsou silně propojeny se sociální inkluzí. Je tedy důležité, aby se organizace zabývající se duševním zdravím snažili o sociální zapojení všech svých klientů a podporovali je ve využívání možností jejich komunit. Jedinci s duševním onemocněním by měli participovat na událostech pro širokou veřejnost, ať už edukačních, zábavních, pracovních či dobrovolnických, neboť aktivní život a sociální reintegrace může podpořit proces zotavení.

Lidé s vážným duševním onemocněním musí být podporováni v tvorbě svých vlastních plánů zotavení, v určování si svých vlastních cílů, v mapování svých pokroků a identifikaci svých silných a slabých stránek. Měli by se naučit všimnout si překážek a předvídat je a osvojit si strategie ke zvýšení osobní pohody, které jim samotným vyhovují nejvíce.

2 Osobní pohoda

2.1 Definice osobní pohody

Osobní pohoda je interdisciplinární pojem. Jeho původní význam by se dal charakterizovat jako prožitek, v současné době se však používá širěji. Primární založení tohoto pojmu je převážně psychologické, ale zasahuje i do dalších společensko-vědních oborů (převážně medicína, ale například i sociologie, filosofie či pedagogika) (Kebza, 2005).

Osobní pohoda je často diskutována a popisována skrze multidimenzionální model. Mezi nejsilnější dimenze patří psychická/ emocionální, sociální, fyzická, intelektuální či spirituální sféra. (Meiselman, 2016).

Chceme-li osobní pohodu blíže zařadit z psychologického hlediska, patřil by tento pojem na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy. Protože však v rámci utváření osobní pohody jde současně též o průběžně se odehrávající hodnotící vztahy, obsahuje kromě emotivních a kognitivních složek i důležitou postojovou složku. (Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová 2005)

Kromě individuálních aspektů osobní pohody je dále třeba vzít do úvahy i její dimenzi sociální. V nástrojích, které ji v psychologických šetřeních postihují, bývá osobní pohoda obvykle operacionalizována jako prožitek, který trvá řádově spíše týdny či dny, než okamžiky – to by ji radilo spíše ke stabilnějším emočním charakteristikám, náladám, obsahuje však i některé proměnlivější charakteristiky, související jednak s aktuálním psychickým stavem, jednak s určitou proměnlivostí a dynamikou nálad a též s celou řadou možných podnětů vnitřního i vnějšího prostředí. U osobní pohody je obtížně odlišitelná její emoční (aktuální) a osobnostní (habituální) složka (Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová 2005).

2.2 Osobní pohoda vs. kvalita života

Koncepty osobní pohoda a kvalita života (QoL) se stále častěji užívají jako ideální cíl zdravotnické péče, nicméně rozlišující kritéria mezi nimi nejsou vždy jasná. Oba dva koncepty jsou orientovány na subjektivní stav klienta, na jeho pozitivní prožívání a schopnost žít co nejlepšího života, často navzdory nemoci. Pro účely této práce je tedy zapotřebí se blíže podívat na jejich podobnosti a rozdíly.

Osobní pohoda je ve vědecké literatuře často identifikován jako termín pojící se s koncepty štěstí, pozitivní zkušenosti, životního uspokojení či prosperitou (Lambert, Passomre, Holdent, 2015).

Zabývá se individuální péčí o zdraví a pokrývá aspekty jako například uvědomování si svého zdravotního stavu, redukci stresu a zdůrazňuje zodpovědnost klienta v procesu zotavení. Strategie pro dosažení osobní pohody pomáhají lidem nalézt nové způsoby porozumění a kontroly jejich života, jak v individuální, tak v kolektivní rovině (Donoso et col., 2015).

Koncept kvality života byl v minulosti probírán v mnoha oblastech vědy a lidského poznání. Přestože existuje několik definicí tohoto konceptu, většina autorů jej definuje jako vnímání jedince jeho osobní situace a jeho života ve fyzických, psychických, sociálních a spirituálních dimenzích (WHO, 1997). Mezi jednotlivými definicemi konceptu je nejrozšířeněji užívána definice navržená Světovou zdravotnickou organizací (Quality of life): „to, jak jedinec vnímá svou pozici v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů v nichž žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a obavám.“ (WHO, 1997). Tato definice zohledňuje psychický a fyzický stav jedince, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a kulturu. Zhodnocení stavu kvality života bývá subjektivní a multidimenzionální, neboť zde musíme brát v úvahu kulturní, sociální a environmentální zvláštnosti každé osoby. Koncept by měl odrážet život v celé jeho šíři a globálnosti, s důrazem na některé dimenze, jako je například fyzická, politická, morální, sociální, environmentální a spirituální dimenze (Pinto et col., 2017).

Osobní pohoda a kvalita života tedy nejsou záměnné termíny, ale spíše propojené koncepty, které sdílejí některé společné atributy. Z výše uvedeného vyplývá, že kvalita života je širší koncept, převážně charakterizován jako obecná spokojenost se životem jednotlivce. Osobní pohoda je častěji spojena se subjektivním pocitem štěstí, síly a sebevědomí. Osobní pohoda je užívána především v psychologickém či spirituálním kontextu a přestože může být použita i v širší, holistické sféře, je tradičně propojena právě s psychologickým myšlením a duševním zdravím. Koncept kvality života se pak zdá být více adekvátní pro celkovou definici zdraví, vzhledem k tomu, že je širší než koncept osobní pohody (Pinto et col., 2017).

2.3 Osobní pohoda a zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) udává že zdraví je stav „kompletní mentální, psychické a sociální osobní pohody a není jen pouhou absencí nemoci a nemohoucnosti.“ Nicméně vytvoření přístupu orientovaného spíše na zdraví, než na nemoc se ukázalo jako složitější než si lze dle jasnosti této definice myslet. Snaha vytvořit vědu zabývající se nemocí se ukázala být velice úspěšnou, uvážíme-li složité diagnostické příručky sloužící k identifikaci typů nemocí, zavedené a prověřené metody, jak tato onemocnění léčit a klinické příručky a standardy kvality sloužící ke zvýšení efektivity. Tyto úspěchy však nebyly vyváženy stejnými pokroky ve směru zvyšování osobní pohody klientů zdravotnických zařízení. Obecná tendence se tedy dá charakterizovat tak, že typický

zaměstnanec zdravotnického systému bude vědět daleko více o potlačení příznaků nemocí než o možnostech zvýšení osobní pohody (Slade, 2010).

Od začátku nového tisíciletí, kdy bylo symbolicky publikováno číslo časopisu *American Psychologist* věnující se pozitivní psychologii, můžeme o toto odvětví pozorovat zvýšený zájem. Iniciátory tohoto projektu se stali psychologové Seligman a Cziksentmyhalyi, kteří varovali před nebezpečím, které spočívá v přílišném zaujetí psychologie negativními aspekty lidské psychiky. Zaměření se na patologické rysy, které psychologii dominovalo od dob jejího ustanovení, dle nich vyústilo v model lidské bytosti, která postrádá vše, co činí život žitelným. (Seligman, Cziksentmyhalyi, 2000). Nabádají tedy vědeckou společnost, aby se soustředila spíše na faktory podporující pozitivní složky psychiky a lidského prožívání. Mezi cíle tohoto nového směru patří budování lepší kvality života, porozumění kladným stránkám osobnosti a podpora rozvoje vnitřních sil člověka. (Křivohlavý, 2004).

2.4 Modely osobní pohody

Nyní, když jsme si vymezili základní význam pojmu osobní pohoda a jeho podobnosti a odlišnosti od kvality života, se lze zaměřit na jednotlivé konkrétní modely tohoto konceptu. Bližší charakteristika jednotlivých modelů osobní pohody poukáže na různorodost jejího pojetí a zároveň bude nápomocna k hlubšímu porozumění tomuto konceptu.

Jedním z modelů osobní pohody, které jsou dodnes široce užívány odbornou veřejností, je model Ryffové a Keyese z roku 1995 obsahující šest dimenzí osobní pohody získaných na základě faktorové analýzy:

1. **Sebepřijetí** – pozitivní postoj k sobě, přijetí a akceptace mnoha aspektů sebe, včetně dobrých a špatných kvalit, pozitivní vnímání minulého života
2. **Pozitivní vztahy s druhými** – vřelé, uspokojující vztahy s druhými včetně zájmu o jejich blaho, schopnost silné empatie, citového prožitku a intimity
3. **Autonomie** – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům, vnitřní regulace chování, hodnocení sebe skrze osobní standarty
4. **Zvládání životního prostředí** – přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, efektivní využití nabízejících se příležitostí, schopnost výběru či vytváření kontextů vhodných k uskutečnění osobních cílů
5. **Smysl života** – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů, víra v soubor hodnot, které dávají životu smysl

6. Osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje včetně otevřenost novému, vnímání vlastního potenciálu, vnímání zlepšení své osoby a svého chování, pozitivní proměna v oblastech vědomostí a efektivity, schopnost vyvinutí nových strategií chování a přístupů

Těchto šest dimenzí tedy definuje konceptualizaci psychologické osobní pohody dle Ryffové a identifikuje faktory, které přispívají k efektivnímu zvládnání života a k emocionálnímu a psychickému zdraví. Jako obzvláště důležité dimenze pro harmonický život jedince z nejnovějších studií vychází obzvláště zvládnání životního prostředí a sebepřijetí (Kjell et al., 2013, Garcia et al., 2014). Naopak jako ambivalentní jsou v současné době vnímány dimenze smyslu života a osobního rozvoje, neboť v některých případech může hon za vlastním potenciálem či zodpovídání závažných životních otázek přinášet jedinci spíše než pozitivní impulzy pochybnosti o sobě samém a tím narušit rovnováhu v jeho životě (Garcia et al., 2014).

Podle Coreyho Keyese, dlouhodobého spolupracovníka Ryffové, má osobní pohoda tři důležité složky:

1. **Emocionální osobní pohoda** - jedinec je veselý, adekvátně se zajímá o svůj život, šťastný, klidný a mírumilovný, plný života. Tato doména adresuje to, jak se člověk ohledně svého života cítí.
2. **Psychologická osobní pohoda** – zahrnuje sebeakceptaci, tendenci k osobnímu růstu, pocit, že má život smysl a směr, zvládnání jedincova prostředí (člověk se cítí dostatečně schopný a silný na to, aby se vyrovnal s výzvami a se zodpovědností), pocit dostatečného sebevědomí k vyjádření svých nápadů, názorů a hodnot, pozitivní a bezpečné vztahy s druhými
3. **Sociální osobní pohoda** – sociální akceptace – pozitivní přístup k ostatním lidem, sociální růst, vnímání vlastních sociálních aktivit jako užitečných pro komunitu, sociální koherence a sociální integrace

Povaha osobní pohody ve vztah k duševnímu zdraví se tedy dle Keyese dá rozdělit do dvou základních směrů – pozitivní pocity a emoce a pozitivní fungování. První z nich definuje osobní pohodu jako pocity štěstí, radosti, spokojenosti a naplnění. Druhý přístup k osobní pohodě se soustředí na lidský potenciál, který, je-li kultivován, ústí v úspěšné fungování jedince ve světě. Tyto dva náhledy na osobní pohodu vycházejí z dvou odlišných filosofických pohledů na štěstí a spokojenost – první z nich reflektuje v důrazu na pozitivní emoce a pocity hedonistickou tradici, druhý pak ve smyslu dosahování výborných výsledků jako jedinec a jako občan akcentuje tradici eudaimonickou. (Keyes, 2014). Emocionální osobní pohoda tedy odráží hedonistický přístup

a psychologická a sociální osobní pohoda přístup eudaimonický.

Dalším významným a hojně užívaným modelem osobní pohody je Seligmanův model PERMA. Seligman byl nespokojen s čistě hedonistickým modelem štěstí, neboť mu v něm chyběla dimenze smysluplnosti života. Navrhl tedy původně ve své knize Autentické štěstí (2002) třídimenzionální model šťastného života, který se skládal z příjemného života (zde se projevuje hedonistický přístup – tato dimenze se soustředí na zakoušení pozitivních pocitů a emocí), z dobrého života (orientovaného na produktivitu a tvorbu člověka) a nakonec ze smysluplného života (dimenze účelu a cílů bytí). Později se rozhodl rozdělit kategorii smysluplného života na kategorie tři, načež vznikl model PERMA:

1. **Pozitivní emoce (Positive emotions)** – zde se nejdená pouze o radost, ale i například o nadšení, pýchu, údiv. Pozitivní emoce jsou zde spojeny s optimistickým přístupem k životu.
2. **Angažovanost (Engagement)** - tato dimenze vyzdvihuje důležitost smysluplných aktivit pro člověka, které jej dokáží “pohltnout”
3. **Vztahy mezi lidmi (Relationships)** – Seligman touto dimenzí zdůrazňuje důležitost kvalitních sociálních vazeb pro člověka a jejich zásadní vliv na osobní pohodu
4. **Smysluplnost (Meaning)** – tato dimenze naráží na nutnost smyslu života člověka jakožto základní motivace pro jeho činy a sebezvoje
5. **Úspěšné splnění díla (Accomplishments)** – pro člověka a jeho osobní pohodu je důležitý pocit úspěchu, ať už v sociální či pracovní oblasti

2.5 Determinanty osobní pohody

Stanovit determinanty osobní pohody je nesporně jeden z předních cílů pro výzkumníky v této oblasti. Obecně se tyto determinanty dělí na dvě široké kategorie, objektivní a subjektivní. Mezi objektivní může patřit například roční příjem, úroveň ubytování či pracovní pozice, mezi subjektivní lze řadit sebeobraz daného člověka, jeho názor na vlastní minulost a budoucnost či jeho cíle.

2.5.1 Vnější faktory

Nepochybně jednou z nejdůležitějších determinant osobní pohody jsou pro většinu lidí sociální vztahy. Sociální vztahy jsou často v popředí zájmu jedince a to, jak je přijat či nepřijat druhými, může silně působit na jeho sebeobraz. Ostatní v nás mohou vyvolat celou řadu emocí – od vzteku, hněvu a lítosti až po radost, spokojenost a lásku. Nedostatek sociální podpory a interakcí

může vést nejen ke snížení osobní pohody, ale i ke značnému psychickému nepohodlí které může vyústit až v psychickou poruchu (Huppert, 2009).

Zaměříme-li se na obecný vliv intimních vztahů, tak žít bez partnera je pro osobní pohodu jedince horší než žít v trvalém partnerském svazku. Pravidelný pohlavní styk je rovněž asociován s vyšší osobní pohodou, přičemž tento efekt je nejsilnější jedná-li se o stálého partnera, z čehož by se dalo vyvozovat, že je důležitější mít pečujícího a milujícího partnera než sérii náhodných sexuálních styků (Blanchflower, Oswald, 2004). Přestože mezi studiemi existují jisté rozdíly, zdá se, že manželství je asociováno s nejvyšší osobní pohodou a separace naopak s nejnižší, dokonce nižší než u rozvedených či ovdovělých lidí (Helliwell, 2003). Studie v tomto kontextu zvažily i možné genderové rozdíly, našly se však podobné efekty na muže i ženy (Frey, Stutzer, 2000). V rámci souboru osaměle žijících osob byla kromě toho zjištěna narůstající vulnerabilita ovdovělých žen starších 65 let a neprovdaných žen produktivního věku (Prior, Hayes, 2003). Dlouhodobý partner/partnerka poskytují jedinci nejvyšší míru podpory jak emocionální, tak materiální, za nimi by poté následovali rodiče, pak přátelé a sourozenci. Relativně nejnižší míru podpory poskytují zaměstnavatelé a spolupracovníci v zaměstnání (Argyle, 1991, in: Krivohlavý, 2013).

Dle výzkumů z poslední doby lze se značnou mírou jistoty tvrdit, že socializace s rodinou a s přáteli je s osobní pohodou pozitivně asociována (Lelkes, 2006, Pichler, 2006). Tyto dva typy vztahů sehrávají v sociální síti daného jedince rozdílné role. Přátelství bývá obzvláště důležité pro poskytnutí emocionální podpory, a naopak rodinné vztahy jsou velice důležité při těžkých životních situacích.

Méně jednoznačná je otázka vztahu osobní pohody a dětí. Ze současných studií vyplývá, že děti nemají vliv přímo na osobní pohodu rodiče, ale mají vliv na jeho životní spokojenost. To by souznělo s předpokladem, že děti denně zatěžují své rodiče a snižují tak jejich pozitivní emoce, nicméně lidé je považují za důležité pro jejich život. Nicméně s dítětem často vzrostou i výdaje rodiny, což je považováno za jeden z negativních důsledků. Pozitivní vztah mezi dětmi a životní spokojeností tedy pravděpodobně vzroste, má-li rodina stabilní a dostatečný finanční příjem (Lelkes, 2006). Děti pak mohou být negativem především pro svobodné rodiče, v případě nedávného stěhování rodiny, v případě chudoby rodiny či v případě, že dítě je nemocné a vyžaduje nadstandartní péči (Dolan et al, 2008). Jinými slovy, jsou-li okolnosti silně negativní, děti se mohou projevit jako výrazná výzva pro osobní pohodu jedince.

Pozitivní vztah byl nalezen mezi osobní pohodou a členstvím v komunitních necírkevních organizacích. Ukazuje se, že pokud je člověk aktivní ve své komunitě a tráví svůj volný čas dobrovolnou činností podporující ostatní členy, zvyšuje se jeho sebevědomí a sebehodnocení

a dochází k lepšímu zapojení do společnosti (Helliwell, Putnam, 2004). Thoits a Hewitt (2001) však uvádějí, že přestože mezi osobní pohodou a dobrovolnictvím existuje pozitivní vztah, měla by se zvážit i možnost, že lidé s vyšší úrovní osobní pohody mají tendenci dělat více dobrovolné práce a není to tak, že by dobrovolnictví mělo pozitivní vliv na osobní pohodu. V případě pravidelného zapojení v náboženských aktivitách jsou výsledky výzkumů poměrně konsistentní v tom, že má na osobní pohodu pozitivní vliv, zvláště pak participuje-li osoba na dané aktivitě minimálně jednou týdně (Helliwell, 2003).

Blatný, Dosedlová, Kebza a Šolcová (2005) uvádějí také výrazný vliv socioekonomického statusu na osobní pohodu. Velký vliv se prokázal v případě výše vzdělání, příjmu a postavení rodičů, zejména pak na dimenzi smysl života. S nižším postavením na společenském žebříčku pak pravděpodobnost prožívání osobní pohody klesá. Nízký socioekonomický status tedy oslabuje celkové nastavení osob a činí je náchylnějšími k možným negativním důsledkům stresu.

Dalším výrazným úsekem života, který ovlivňuje osobní pohodu, je zaměstnání. “Výsledky experimentálních studií ukazují jasně, že spokojenost s prací má velmi silný vztah ke spokojenosti se životem.... Práce je pro většinu lidí ústředním faktorem ovlivňujícím jejich identitu... Spokojenost s prací se přelévá do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost se životem ovlivňuje spokojenost s prací.” (Křivohlavý, 2013, str. 43)

Je jistě důležité, jaký druh práce jedinec vykonává – zda mu jeho zaměstnání přijde smysluplné a zda souzní s jeho životními cíli. “Míra spokojenosti člověka s prací se zvyšuje, když je mu dovoleno, aby v ní sledoval a realizoval své osobní, svobodně zvolené a jím vysoce hodnocené cíle.” (Cantor, Sanderson, 1999, str. 230, in Křivohlavý, 2013).

V porovnání s nezaměstnanými jedinci mají pak zaměstnaní lidé větší tendence vykazovat vyšší psychologické zdraví. Konkrétně se zde jedná o vyšší sebevědomí a nižší výskyt depresí a negativních emocí. Být zaměstnaný také přináší vyšší benefity lidem s vnějším místem řízení. Pokud člověk shledává svou práci smysluplnou a pro něj samého přínosnou, zvyšuje se jeho osobní pohoda a spokojenost se životem. Kromě zvýšení osobní pohody může zaměstnání přispět i kde snížení úzkostí, neboť poskytuje distrakci od jiných problémů (Westaby et al., 2005). Zaměstnání však může být také zátěží a zdrojem stresu a vyčerpání. Jde tedy o to nalézt tu správnou pracovní pozici, ze které může pak jedinec náležitě benefitovat a shledávat ji smysluplnou.

Studie konzistentně ukazují silný negativní efekt nezaměstnanosti jedince na jeho osobní pohodu. Leikes (2006) zjistil, že v Evropě nezaměstnanost snižuje pravděpodobnost vysokého skóre životní spokojenosti (alespoň 8/10) o 19 % a skóre celkového štěstí o 15 %. I zde je však nutno

uvažovat o možnosti, že nezaměstnanost jako taková není příčinou nízké osobní pohody, ale že lidé s nízkou osobní pohodou budou pravděpodobněji nezaměstnaní, neboť jsou dle výzkumů méně produktivní, mají horší zdraví či si s větší pravděpodobností vyberou být nezaměstnaní. Lucas, Clark, Georgellis a Diener (2004) však ve svém výzkumu prokázali, že lidé, které později postihne nezaměstnanost, nemají zpočátku nízkou spokojenost se životem a osobní pohodu a po roku kteří stráví jako nezaměstnaní u nich klesne životní spokojenosti o půl bodu na stupnici 0–10. Zdá se také, že muži trpí nezaměstnaností více než ženy a že lidé středního věku ji snášejí hůře než velice mladí a staří lidé. Také záleží na tom, jak jedincovu nezaměstnanost přijme okolí – je-li obklopen pracujícími lidmi a za svůj stav odsuzován, bude ji vnímat hůře. Naopak pokud se pohybuje v takové sociální skupině, kde je nezaměstnanost braná jako něco běžného či jako samozřejmost a je jeho druhu podporována tak si je schopen svou nezaměstnanost legitimizovat a dopad na osobní pohodu se zmenší (Lucas et al., 2004).

Z toho by tedy vyplývalo, že být zaměstnaný je lepší než být nezaměstnaný. Nicméně vztah mezi osobní pohodou a odpracovanými hodinami je méně jednoznačný. Meier and Stutzer (2006) zjistili, že vztah mezi osobní pohodou a počtem odpracovaných hodin se podobá obrácené U křivce, což znamená, že osobní pohoda se s počtem odpracovaných hodin zvyšuje, nicméně jen do určitého bodu, poté začne osobní pohoda klesat. Dopad odpracovaných hodin se však bude pravděpodobně lišit podle toho, zda je počet odpracovaných hodin zvolen dobrovolně či nikoliv.

2.5.2 Vnitřní faktory

Vnímání prožívaných skutečností a přístup k nim mohou být velice důležité pro osobní pohodu. Není tedy s podivem, že mnoho studií se zaměřilo na optimistické vnímání světa jako na důležitou determinantu osobní pohody, přičemž tento psychologický fenomén může nabývat mnoha teoretických formulací (Conversano et al., 2010).

Scheier a Carver (1985) přišli s teorií “dispozice” k optimismu. Tuto dispozici pak považovali za pevnou součást osobnosti, relativně stabilní v čase a v situaci. Optimističtí jedinci přistupují pozitivně k událostem každodenního života, ke své minulosti a budoucnosti. V souvislosti s tímto pojetím optimismu bylo zjištěno, že existuje pozitivní korelace mezi optimismem a osobní pohodou, přičemž optimističtí jedinci mají častěji protektivní přístup k druhým, jsou odolnější ke stresu a mívají vhodnější copingové strategie. Jiný přístup definuje optimismus jako kognitivní podcenění rizika, neboť jedinec má větší tendenci předpokládat, že se mu spíše přihodí pozitivní události a negativní věci postihnou spíše ostatní – Weinstein (1984) definoval tento fenomén jako “nerealistický optimismus”.

Pozitivní a negativní očekávání ohledně budoucnosti jsou důležitá k porozumění zranitelnosti vůči zhoršení osobní pohody jedince. Mohou ovlivňovat i pravděpodobnost propuknutí duševního onemocnění. Existuje signifikantní pozitivní vztah mezi optimismem a copingovými strategiemi zaměřenými na sociální podporu a na zdůraznění pozitivních aspektů stresujících situací (Nes, Sergerstrom, 2006). Skrze zapojení specifických copingových strategií tak lze také ovlivnit osobní pohodu. Byla nalezena evidence, že optimističtí lidé mají vyšší míru osobní pohody než lidé s nižší úrovní optimismu ba dokonce pesimisté (Scheier, Carver, 2003). Optimismus může značně ovlivnit osobní pohodu skrze adaptivní chování a kognitivní odpovědi, což je asociováno s vyšší mírou flexibility, kapacity řešit problémy a s efektivnějším vypořádáním se s negativními informacemi (Conversano et al., 2010).

Řada studií zaměřených na osobní pohodu se zabývá i možností jejího ovlivnění osobnostními proměnnými. Na základě metaanalýzy devíti studií (DeNeveová, Cooper, 1998, in: Kebza, 2005) vyvstaly čtyři hlavní přístupy k této problematice:

1. Top-down models – předpokládají přímé ovlivnění osobní pohody osobnostními charakteristikami. Je zde předpokládána obecná tendence prožívat život pozitivním či negativním způsobem, přičemž tato tendence konzistentně ovlivňuje význam a emoční náboj, který je přikládán každodenním zkušenostem.

2. Model dynamické rovnováhy osobní pohody – také zdůrazňuje základní význam osobnosti. Tyto modely předpokládají, že každý člověk má rovnovážnou hodnotu osobní pohody, přičemž tato hodnota je predikovatelná osobnostními charakteristikami, zejména extroverzí, neuroticismem a otevřeností zkušenostem. Základní myšlenkou těchto modelů je, že i když se hodnota osobní pohody odkloní kvůli nějakým závažným životním událostem, osobnostní charakteristiky jí napomohou vrátit na její normální rovnovážný stav.

3. Temperamentové vs. Instrumentální hledisko – Costa a McCrae (1991) pak rozlišují mezi temperamentovým a instrumentálním pohledem na vztah mezi osobnostními rysy a osobní pohodou. Temperamentové hledisko vychází z myšlenky, že určité osobnostní rysy představují přetrvávající dispozice vedoucí přímo k osobní pohodě. Sem by se dal řadit například neuroticismus či extraverze. Ostatní osobnostní rysy, jako je například přívětivost či svědomitost) mají na osobní pohodu nepřímý či instrumentální vliv – mohou ovlivnit to, jak často se jedinec setkává s určitými typy situací, které pak mohou mít vliv na osobní pohodu.

4. Aktivizace a inhibice organismu – J. Gray (1991) nabídl psychobiologické vysvětlení vlivu osobnosti na určité emoční vztahy, které pak ovlivňují osobní pohodu. Toto vysvětlení vychází z jeho

koncepce aktivace a útlumu. Jeho teorie spočívá v tom, že osobnostní rys extraverze souvisí s aktivací, zatímco neuroticismus a negativní afektivita souvisí s inhibicí.

Obecně se tedy dá říci, že navenek se klon k vyšší míře osobní pohody projevuje např. U lidí s výraznější temperamentovou charakteristikou extraverze, a naopak neuroticismus může osobní pohodu ovlivňovat negativně (Křivohlavý, 2004).

2.6 Měření osobní pohody

Měření osobní pohody, životní spokojenosti či smysluplnosti života je často závislé na metodě sebeposouzení, která může v tomto kontextu poskytnout cenná data, současně však může představovat i rizika, neboť klade velké nároky na sebereflexi, introspekci respondenta. Tato rizika je tedy vždy potřeba mít při interpretaci výsledků na paměti.

Pro měření osobní pohody bylo vypracováno mnoho metod, z nichž každá může akcentovat její jiné aspekty. Osobní pohoda se měří převážně za pomoci dotazníků, a to jak jednodimenzionálních (např. Campbell, 1976) tak komplexněji pojatých. Příkladem takového komplexnějšího přístupu mohou být například sebehodnotící škály vytvořené americkou psycholožkou Ryffovou (Ryff, 1995, Ryff, Keyes, 1995). Prostřednictvím těchto škál respondent posuzuje šest základních dimenzí osobní pohody – sebeakceptaci, pozitivní vztahy s druhými, autonomii, ovládnutí prostředí, smysluplnost a osobní rozvoj.

Jednou z dalších možných variant použitelných ke zjišťování úrovně osobní pohody je využití metod zabývajících se kvalitou života. Důležitým přístupem, který ovlivnil celou řadu dalších autorů, je pojetí K. Calmana (1984). Předpokládal, že individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi realitou a očekáváními jedince od života. Mezi často používané metody zabývajících se zjišťováním úrovně kvality života patří například „The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life“ (SEIQoL), jehož autory jsou C. A. O’Boyle, H. McGee a C. R. B. Joyce (1994). Tato metoda je založena na strukturovaném rozhovoru na téma hlavních životních přání. Jako další metodu lze zmínit postup vytvořený skupinou WHO v roce 1995 (Psychosociální souvislosti).

Další skupina přístupů se zaměřuje především na hodnocení úrovně osobního rozvoje, který je významnou složkou osobní pohody. Zde lze uvést například sebehodnotící škály PGIS - „Personal Growth Initiative Scale“, jejíž autorkou je C. Robitscheková. Tyto škály hodnotí úroveň osobní angažovanosti ohledně možností změn a rozvoje osobnosti. V rámci diagnostiky osobní pohody se lze rovněž zaměřit na atribuční styly – zde lze uvést například Petersonův a Seligmanův „Attributional Style Questionnaire“ (ASQ). Dotazník je sebehodnotící a zaměřuje se na vysvětlující styl špatných a dobrých událostí, které jedince potkají. Používá se zde dvanácti hypotetických položek

(situaci), přičemž respondent musí uvést jednu hlavní příčinu u každé položky a ohodnotit ji na sedmibodové škále. Dotazník reflektuje tři dimenze příčin: vnější a vnitřní, stabilní a nestabilní, globální a specifické. Další variantou tohoto dotazníku může být například „Older Adults“ Attributional Style Questionnaire (OAASQ).

Jednou z četných variant ASQ je např. „Older Adults“ Attributional Style Questionnaire (OAASQ), vytvořený ve spolupráci M. Seligmana a D. Isaacowitze. K úrovni některé z dimenzí osobní pohody se více či méně vztahují i četné další metody, zjišťující např. úroveň prožívané naděje (Seligman, 2002, 2003), vyjadřování vděčnosti (dotazník „Gratitude Questionnaire - 6“ M. E. McCulloha, R. A. Emmonse a J.- A. Tsangové) či metody, zaměřující se na úroveň rozpoznávání, vyhledávání a integraci nových, vzrušujících a v podobě výzev chápaných a přijímaných zážitků (např. různé dimenze „novelty“ či „sensation seeking“, související též s koncepcí „optimální zkušenosti“ M. Csikszentmihalyiho). Jde sice o významné, avšak vesměs o dílčí pohledy na úroveň osobní pohody. Záměrně pak opomíjíme spíše socioekonomicky založené postupy, ztotožňující podstatu osobní pohody s jejími ekonomickými, resp. pekuniárními atributy.

2.6.1 Některé problémy v měření osobní pohody

Jedním z možných faktorů, jež mohou hodnocení míry osobní pohody zkreslit, je kontext sociálního srovnávání našeho života se životem druhých lidí. Bylo zjištěno, že jsou-li lidé konfrontováni se špatnou životní situací jiných lidí, mají tendenci svou životní spokojenost nadhodnocovat. (Schwarz & Scheuring, 1988, 1989; cit. podle Strack, et al., 1992).

Na základě výzkumů se také ukázalo, že vztah mezi osobní pohodou jedince a objektivními událostmi v jeho životě je jen velice slabý. Budeme-li totiž s člověkem před vyplněním dotazníku hovořit o pozitivních událostech v jeho životě, může dojít ke dvojím zkreslení získaných dat. Míra jeho osobní pohody může být podhodnocena v důsledku srovnání minulého stavu, který byl vnímán jako velice pozitivní, a stavu současného, který je vnímán „jen“ jako průměrný. Může být však také nadhodnocena v důsledku rozvzpomínání se na šťastnou událost, které v danou chvíli potlačí vliv negativnějších vzpomínek (Strack, Schwarz & Nebel, 1987; cit. podle Strack, et al., 1992).

Podobnými mechanismy pak může ovlivnit jedincovu uvedenou míru osobní pohody i jeho momentální nálada, neboť nikdy není možné tento faktor zcela eliminovat. Zde se potvrdilo, že osoby s dobrou náladou mají tendenci hodnotit svůj život pozitivněji než osoby s náladou neutrální. Dochází k tomu kvůli vybavování si příjemnějších vzpomínek, a zároveň samotný stav dobré nálady může myšlení o vlastní osobní pohodě člověka ovlivnit pozitivním směrem. Tuto aktuální náladu lze zařadit do komponent osobní pohody (spolu s její kognitivní a afektivní složkou) (Kebza, Šolcová, 2005).

V tomto kontextu však lze uvést teorii dynamického ekvilibria, která pohlíží na náladu jako na stav velmi proměnlivý, zároveň však počítá se základním vnitřním nastavením jedince, okolo nějž nálada osciluje. I pokud tedy jedinec zažije extrémní úspěch či neúspěch, časem se vrátí ke svému primárnímu emočnímu nastavení. Obecné úsudky ohledně míry osobní pohody se tedy v průběhu dne či týdne příliš neliší (Headey, Wearing, 1989).

Dále je pak nutno zvážit rozdíl mezi hodnocením celkové osobní pohody na posuzování osobní pohody v jednotlivých oblastech života. Zatímco jednotlivé aspekty osobní pohody jako je například rodinný život, sociální život či zaměstnání mohou být závislejší na procesu srovnání s ostatními lidmi a se svými vlastními standardy, posuzování celkové osobní pohody člověka je více ovlivnitelné momentální náladou (Stone, 2013).

Výsledky výzkumů osobní pohody mohou být zkresleny i desirabilitou – jedinec nemusí odpovídat tak, jak se skutečně cítí či jak nahlíží na svůj život. Tento efekt je pak větší, má-li člověk mluvit přímo tváří tvář s výzkumníkem než při vyplňování dotazníku o samotě.

3 Osobní pohoda a schizofrenie

Výzkumy dlouhodobě prokazují, že lidé se schizofrenií zažívají podprůměrnou osobní pohodu (např. Gopalakrishnan et al, 2015, Lambert et al. 2009). Léčba duševního onemocnění se v poslední době stále více soustředí na zvýšení osobní pohody než na potlačení příznaků choroby. S tímto úzce souvisí koncept zotavení. Zotavení zde neznamena zbavení se příznaků schizofrenie, které mohou v některých případech nadále přetrvávat, ale naučit si se s nimi pracovat a hledat cestu ke stejné osobní pohodě, jaké se těší zbytek společnosti. Ukazuje se, že pro mnoho lidí s duševním onemocněním jsou velice důležitými faktory jejich sociální okruh či sociální přijetí, jejich zaměstnání a stigmatizace (Chrtková, 2016, in: Bankovská Motlová, Španiel, 2017). Je zde tedy zapotřebí akcentovat individuální potřeby a nároky dané osoby spíše než se soustředit na psychiatrickou diagnózu.

Lidem s osobní zkušeností s psychickým onemocněním se v současnosti dostává stále více prostoru k vyjádření nejen toho, jaký je jejich život s duševním onemocněním, ale i toho, co jim pomáhá překlenout omezující roli pacienta a vykročit tak směrem k plnohodnotnému životu. Právě tato svědectví pak mohou být cenná pro pochopení toho, co přesně znamená cesta k zotavení a jak vypadá zotavení z pohledu daného člověka (Ridgway, 2001).

V tomto kontextu je nutno rozlišovat mezi osobním zotavením, které klade důraz na individuální pohled a potřeby jedince týkající se jeho vlastního života, a klinické zotavení, tradičnější postoj zaměřující se na symptomatologii, prevenci relapsů a snížení rizik (Slade, 2009)

Jako jedno z prvních rozlišujících kritérií oproti klinické perspektivě lze vnímat to, že zotavení je bráno jako cesta k vlastnímu životu, a nikoliv jako výsledek, který musí být dosažen: “zotavení není o “zbavení se” problémů. Je to o vnímání lidí, kteří za těmito problémy jsou – jejich schopností, možností, zájmů a snů – a o znovunalezení sociálních rolí a vztahů, které dávají životu hodnotu a smysl.” (Perkins, Repper, 2003, str. 125).

Mnoho definic pak bylo navrženo lidmi, kteří sami zotavením procházejí: “zotavení je hluboce osobní a unikátní proces proměny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života podporující uspokojující, nadějný a přínosný život i přes limity způsobené nemocí. Zotavení zahrnuje vytvoření nového smyslu a účelu v životě jedince souběžně s překonáváním katastrofických efektů duševního onemocnění.” (Anthony, 1993, str. 17).

Z těchto definic lze vyvodit, že osobní zotavení je individuální proces, což v praxi znamená, že zde není jedna univerzální správná cesta k zotavení, takže nejen že každému může pomoci něco

jiného, ale I to, co fungovalo u jedince v jistém období jeho života mu již později pomoci nemusí. Jedná se zde tedy skutečně o cestu – cestu nepřetržitého hledání a zkoušení nových možností. To může představovat výzvu pro tvorbu konceptů jako jsou například klinické směrnice či praxi založenou na důkazech. V narrativech zotavení je možno často vysledovat motiv zapojení či znovuzapojení do svého života na základě vlastních cílů a silných stránek a nalézání smyslu a účelu skrze konstrukci či obnovu ceněné společenské role. To vše směřuje spíše k zvýšení osobní pohody než k potlačení příznaků nemoci.

Jak tedy přistupovat k osobám s duševním onemocněním, je-li cílem zvýšení míry osobní pohody? Wright a Lopez (2002) doporučují stavět do popředí tyto čtyři faktory:

1. Nedostatky a podřývací charakteristiky osoby
2. Silné stránky a kvality osoby
3. Nedostatky a destruktivní faktory v prostředí
4. Zdroje a příležitosti v prostředí

Tradiční klinická praxe se soustředí téměř výhradně na dimenzi první. To může být dáno několika důvody – zprvé je nutno si připustit, že zvažování a hodnocení několika dimenzí najednou je náročné. Každá z dimenzí je dynamická a neustále se mění, přičemž jsou na sobě navzájem závislé. Nahlížení na problematiku v celé její komplexnosti je tedy intelektuální zátěží, a vyžaduje značnou flexibilitu a otevřenost. Je tedy snazší soustředit se na sumarizaci problémů jedince za pomoci profesionálního jazyka, který poskytuje strukturu a systém, byť následně dochází ke zjednodušení a omezení. Zadruhé pak může očekávání klinického systému, že je nutno léčit jedince a soustředit se na jeho osobnostní problémy, odvést pozornost od vlivu prostředí, který může rovněž sehrávat zásadní roli (Slade, 2010). Zatřetí pak bylo zjištěno, že lidé pracující v oblasti duševního zdraví často nemají příležitost vidět jedince v situacích, které zvládá, dochází tedy pak k chybnému dojmu, že se takovéto situace nevyskytují (Cohen, Cohen, 1984, in Slade, 2010).

3.1 Determinanty osobní pohody u osob se schizofrenií

V minulém oddílu již byla věnována pozornost některým nejvýznamnějším determinantám osobní pohody. V následující podkapitole nastíníme některé problematické oblasti, které mohou mít vliv na osobní pohodu právě u osob se schizofrenií na základě specifík jejich onemocnění a pohledu společnosti na ně.

Jako významný činitel jsou zde vnímány sociální vztahy. Moderní pojetí schizofrenie navázané na model zotavení se výrazně kloní k tomu, že tato cílová skupina vnímá sociální vztahy

jako velice důležité a mají z nich velký užitek. Naopak pocit osamělosti často vede ke zhoršení psychického stavu. Potřeba blízkých vztahů je tedy pro tuto skupinu zcela zásadní (Boydell, Gladstone, Crawford, 2002).

V procesu zotavení hrají nesmírně důležitou roli vztahy v rodině a vztahy partnerské. V ideálním případě poskytují pocit pochopení a vytvářejí zázemí, na které se může člověk spolehnout. Důležitý je pro tyto lidi také pocit, že se o ně někdo stará a zajímá. Vyhýbání se lidem pak způsobuje nejen nemožnost předvídat chování v sociálních situacích a prosadit své cíle, ale přestávají i rozumět tomu, jak ostatní lidé reagují na ně. Sociální vztahy a jejich navazování a udržování tedy může výrazně ovlivnit osobní pohodu daného člověka a zvýšit jeho schopnost fungování v běžném životě (Topor et al., 2009)

Z důvodu poškození sociální kognice a stigmatizace však často dochází k tomu, že lidé se schizofrenií trpí osaměním a sociálním vyloučením. Osamělost je spojována s nedostatečným pocitem bezpečí, se zvýšeným pocitem ohrožení okolním světem a vede ke špatnému psychickému, emocionálnímu i kognitivnímu fungování (Eglit, 2018). Blízké vztahy jsou pro osobní pohodu velice důležité, a nejinak je tomu i u osob se schizofrenií.

Stain et al (2012) na základě své studie zabývající se potřebou a dostupností sociálních vztahů u lidí s psychózou uvádí, že většina z respondentů velice toužila po sociálních vztazích, avšak v současné době mnoho z nich zakoušelo pocit osamění (80 %) a artikulovalo potřebu mít více přátel (48,1 %). Sociální izolace byla výzkumným souborem vnímána jako jedna z největších výzev, se kterými se v souvislosti se svým onemocněním musejí potýkat. Pro tuto skupinu je velice náročné navazovat nové vztahy a udržet si vztahy již vybudované.

Osamělost může také ovlivnit výskyt další ataky – izolace jedince od sociálního okolí a přerušování tak kontaktu s reálným světem může usnadnit vtažení do vnitřního světa myšlenek a iluzí a výrazně tak zhoršit další zdravotní stav.

Sociální oblast má tedy zásadní vliv na osobní pohodu této skupiny lidí a vliv sociální sítě či její absence na jedince může být velký. Boydell, Gladstone a Crawford (2002) ve svém výzkumu zabývajícím se přátelstvím a jeho vlivem na schizofrenii zjistili, že přátelé a blízcí lidé poskytují člověku s duševním onemocněním referenční bod, na základě kterého může docházet k porovnání vlastního života se životy ostatních a uvědomění si tak některých odchylek. Myšlenky a chování jedince často bývají ovlivněny právě skrze kontakt s přáteli a blízkými lidmi a skrze jejich názory.

Davidson (2003) pak zdůrazňuje význam utváření své identity na základě kontaktů s jinými lidmi, především pak přátelských vztahů. Jedním ze základních motivů lidské identity je někam patřit,

osoby se schizofrenií však jen těžko hledají skupinu, jejíž by se mohly stát součástí. Vyrůstá v nich proto pocit, že nepatří nikam, pocit odcizení a vykořeněnosti. Jedinou skupinou, která je povětšinou bez problému přijímá a s níž se mohou identifikovat, jsou pak jiní lidé trpící duševním onemocněním. Z této skupiny se tedy nejčastěji rekrutují jejich přátelé a partneři. Lidé s duševním onemocněním mají často potřebu sdílet právě své nestandardní prožitky a zkušenosti spojené s nemocí, přičemž největšího pochopení se jim nutně dostává právě od lidí s podobnou zkušeností. I proto je logické, že lidé s duševním onemocněním mají tendenci primárně navazovat vztahy mezi sebou.

Další z důležitých oblastí je oblast zaměstnání. Lidé se schizofrenií se často ocitají v těžké situaci, neboť jim v nalezení zaměstnání, které by pro ně bylo smysluplné a naplňující, často brání stigmatizace, předsudky a diskriminace. Zaměstnání pro osoby se schizofrenií rozhodně není zdrojem pouze materiálního zabezpečení a finančních příjmů, což je sama o sobě oblast, která je pro pocit jejich osobní pohody podstatná. Zajišťuje také smysluplný strukturovaný režim, sociální kontakt a umožňuje osobní společenskou angažovanost. To přímo souvisí s tím, že zaměstnání má vliv na sebeobraz a sebevědomí daného člověka. Nacházejí tak díky práci smysluplnou životní roli. Jsou-li lidé se schizofrenií zaměstnáni, nemusejí se tolik spoléhat na sociální systém dávek. To je důležité, protože mnozí považují pobírání dávek za osobní selhání, které je důkazem jejich nesamostatnosti a toho, že v životě neuspěli (Banksová Motlová, Španiel, 2017). Naopak řádně placené zaměstnání umožňuje převzít kontrolu nad svým životem do vlastních rukou, což je přímým krokem k uzdravení.

Zaměstnanost lidí se schizofrenií je však nízká. Bowmans a kolektiv (2015) ve svém výzkumu zjistili, že se pohybuje mezi 4-50, 4, procenty, přičemž záleží na definici zaměstnání. Vyšší nezaměstnaností trpěli pacienti s výše vyjádřenými negativními příznaky a kognitivním postižením. Oproti tomu zaměstnanost zvyšuje sociální aktivitu, pozitivně ovlivňuje sebevědomí a vede ke zlepšení kvality života.

Vzhledem k tomu, že ne každému člověku se po atace podaří vrátit ke svému původnímu zaměstnání, se zdá být funkční vyhledávat taková zaměstnání, která dokážou využít jejich zkušenosti s psychózou ke prospěchu druhých lidí. Typickým příkladem takovéto pracovní pozice je pozice peer konzultanta. Anglické slovo se peer se překládá jako vrstevník nebo druh, jedná se tedy o osobu, která sdílí s cílovou skupinou jisté charakteristiky. Pokud lidé se zkušeností se schizofrenií využijí svých poznatků k podpoře a pomoci lidem, kteří zakoušejí stejné onemocnění, mohou tak přispět k jejich zotavení a dodat jim pocit jistoty v často matoucích a náročných situacích. V současných komplexních službách zabývajících se duševním zdravím jsou peer konzultanti zapojeni jako členové terapeutických týmů (Fojtová, Pinkasová, Rolenec et al, 2014). Výsledky studií z poslední doby nadále ukazují přínos peer konzultantů – zjištěna byla například redukce hospitalizací a posílení

osobního rozvoje lidí se schizofrenií (Gillard, Edwards, Gibson et al., 2013).

Další z takových oblastí je oblast vědeckého výzkumu. V případě „user-led research“ neboli uživateli vedeného výzkumu se lidé s osobní zkušeností se schizofrenií se zapojují jako výzkumní pracovníci do hledání odpovědí na otázky, které je bezprostředně zajímají a jejichž zodpovězení přispěje k pochopení podstaty duševního onemocnění a následně i ke zlepšení péče. Podílejí se na analýze i sběru dat a na prezentaci výsledků výzkumů, což poskytuje komplexnější pohled na získaná data, než byl dříve možný.

Takováto zaměstnání pomáhají v cestě za zotavením nejen proto, že poskytují kvalifikovanou práci a odpovídající plat a pomáhají odpoutat se od závislosti na sociálních dávkách, což výrazně posiluje sebevědomí, ale také se učí rozvrhnout síly v klasickém pracovním tempu, procvičují a upevňují sociální dovednosti při interakcích v pracovním týmu. Dále pak rozvíjejí vlastní kreativitu a potenciál a dochází k naplnění potřeby seberealizace, což příznivě ovlivňuje osobní pohodu i jejich obecnou zdravotní situaci (Chrtková, Vítková, Winkler, 2016)

Dalším faktorem v oblasti osobní pohody pak mohou být příznaky onemocnění. Přítomnost deprese u schizofrenie výrazně snižuje kvalitu života a již v počátku onemocnění platí, že čím výraznější je deprese, tím horší kvalita života je (Rocca et al., 2009). Kromě deprese mají vliv na osobní pohodu i sociální úzkost a anhedonie. Negativní schizofrenní příznaky obecně znesnadňují adaptaci těchto lidí na sociální situace, konkrétně pak omezují aktivitu a komplikují udržení sociálních vztahů. Dále pak snižují schopnost nezávislého života.

To vše by vedlo k očekávání, že se tato znevýhodnění odrazí v odpovědích při dotazování na subjektivní osobní pohodu. Rabinowitz a kolektiv (2013) zjistili ve svém výzkumu, že závažné negativní příznaky objektivně souvisely s významným funkčním omezením a sníženou mírou osobní pohody. Také v dalších studiích se zjistila významná souvislost mezi negativními symptomy, funkčním postižením a sníženou osobní pohodou hodnocenou objektivně, avšak při sebehodnocení se snížená osobní pohoda neprokázala (Fukajimi et al., 2012)

Velkou signifikanci má i to, zda je či není přítomný kognitivní deficit, popřípadě jeho míra. Zachované kognitivní funkce jsou klíčovým předpokladem sociální adaptace a náhledu. U osob se schizofrenií, které mají kognitivní deficit, se zjišťuje snížená funkční kapacita, zhoršená práce schopnost i schopnost se účastnit jiných aktivit. Subjektivně vnímaný kognitivní deficit vede ke ztrátě sebevědomí, k sebestigmatizaci a ke snížení osobní pohody (Shin et al., 2016)

Dalším z významných činitelů v oblasti osobní pohody je míra náhledu na onemocnění. Na základě výzkumů se zjistilo, že lidé se schizofrenií, kteří subjektivně referují o své osobní pohodě

jako o velice dobré, mohou často postrádat náhled v různých rovinách, včetně povědomí o symptomech, potřebách léčby a důsledcích onemocnění. U osob se sníženým náhledem byla zjištěna snížená metakognitivní kapacita (Lysaker, Sea, Buck, 2011). Snížení metakognitivní kapacity výrazně limituje funkční adaptaci a vede k problémům ve funkčních a sociálních rolích (Blanc, Boyer, Le Coz, 2014).

3.2 Možné způsoby zvýšení osobní pohody u osob se schizofrenií

Tato kapitola bude zaměřena na možnosti a metody, které jsou orientovány na podporu silných stránek jedince a na zvýšení jeho osobní pohody.

Kognitivně-behaviorální terapie

Stručná charakteristika tohoto terapeutického přístupu byla podána již výše, ohniskem podkapitoly bude tedy převážně vztah KBT ke zvýšení osobní pohody. KBT se soustředí na mnoho elementů, které jsou spojovány se zotavením a osobní pohodou jedince: akcent na cíle určené jedincem spíše než klinickým systémem, odpovědnost za změnu je připisována klientovi, nikoliv terapeutovi, podpoření dovedností nutných k sebevládě a posilování nezávislosti spíše než závislosti, což vede k udržení si získaných benefitů i po skončení terapie. Dále zde pak lze uvést důraz na testování naučených způsobů v jedincově každodenní realitě a využívání příležitostí, což může přispět k udržení člověka v jeho vlastním životě i během terapie. Jsou-li pocity neštěstí zaviněny neshodou mezi já a ideálním já, KBT může poskytnout nástroje, které pomohou jak ve vnímání prostředí, tak v osobní interpretaci těchto zkušeností. Nejnovější přístupy v KBT se explicitně soustředí na budování odolnosti a silných stránek (Koyken, Padesky, Dudley, 2009, in Slade, 2010).

Narativní psychologie

Narativní psychologie je přístupem, který se zabývá hodnotou převedení emočních zkušeností do slov. Tento přístup se opírá o tři pilíře:

1. Inhibice – potlačování a nemluvení o emocionálním traumatu je nezdravé
2. Kognice – vyvinutí vlastního narativu může poskytnout vyrovnání se s problémem
3. Sociální dynamika – existence tajemství může člověka oddělovat od společnosti

Terapeut může například požádat člověka o sepsání vlastních zkušeností. To slouží jako prostředek k vyjasnění si smyslu vlastního příběhu. S příběhem se pak nadále pracuje, nahlíží se na něj jako na příběh o překonávání životních překážek, příběh růstu a osobního vykoupení. Tak dochází

k vytvoření pozitivní narativní identity (Schiff, 2012).

Pozitivní psychoterapie

Pozitivní psychoterapie se zaměřuje převážně na smysl a význam životních událostí, zapojení se do vlastního života a pozitivní emoce. Seligman se ve své knize Autentické štěstí soustředí právě na pozitivní prožívání a možné způsoby jeho podpory. Využívá se zde uvědomění si a akcentace silných stránek člověka a možností jejich využití v každodenním životě. Kromě silných stránek se přístup soustředí i na zvědomení pozitivních věcí, které se člověku dějí. Jedinec si například každý večer zapíše tři pozitivní věci, které se mu ten den staly, a zamyslí se nad tím, proč se domnívá, že se staly. Dále se zde klade důraz na vděčnost či nácvik projevování pozitivních emocí. (Seligman, 2002).

Pozitivní psychoterapie by však neměla být jen o životních pozitivěch, spíše se rovnoměrněji snaží roz distribuovat pozornost člověka mezi negativní a pozitivní stránky života. Je tedy podobně jako přístup zotavení orientována na komplexitu lidské životní zkušenosti (Seligman, Rashid, Parks, 2006).

Pozitivní psychoterapie se zhusta užívá například u depresí, kde se ukázala být funkční (Seligman, Rashid, Parks, 2006). V poslední době se však začíná v rámci zotavení aplikovat i na lidi s těžkým psychickým onemocněním, jako je například schizofrenie (Meyer et al., 2012).

Všímavost

Všímavost (v angličtině Mindfulness) je formou meditace, která zahrnuje věnování pozornosti všem podnětům z jak vnějšího, tak vnitřního prostředí osoby bez toho, aby jim bylo věnováno příliš mnoho pozornosti a došlo k zahlcení. Podněty by měly být vnímány bez toho, aby si o nich člověk tvořil soudy a automaticky jim připisoval významy. Všímavost po člověku vyžaduje jiné vstupní předpoklady než očekávání psychiatrické medikace, která bez nutnosti vynaložit jakékoliv úsilí začne promptně fungovat – ve všímavosti je nejprve nutné se cvičit. Všímavost se musí stát životním stylem, má-li mít efekt (Seligman, 2002).

Cesta ke stavu všímavosti zahrnuje změnu mnoha automatických životních zvyklostí. To může zahrnovat zvýšení metakognitivního vědomí pravidelného všímání si vlastních myšlenkových obsahů a pochodů. Je také důležité naučit se postřehnout a zaznamenat objevující se myšlenky, avšak bez toho, aby se jimi člověk nechal pohltit. Všímavost by však neměla být limitována jen na vnitřní pochody, ale měla by se orientovat i na vnější prostředí, přičemž zde by se měl člověk zaměřit na celou škálu vjemů, které nám náš svět poskytuje, a věnovat se i těm, které normálně z různých důvodů necháváme bez povšimnutí (Slade, 2010).

Tento proces může přinést mnoho benefitů v oblasti osobní pohody. Vnímavost má potenciál k vytvoření obnovené, komplexnější identity, ve které jsou vědomí vlastního já a myšlenky odděleny. Toto uvědomění může poskytnout novou půdu a nové prostředky pro práci se zkušeností duševního onemocnění. Osobní kvality vypěstované skrze praktikování vnímavosti mohou tedy být nestrannost, akceptace, vděčnost, trpělivost, otevřenost, empatie a laskavost (Saphiro, Schawrz, Santerre, 2002).

Společenské zapojení

V poslední době je čím dál tím více diskutována skutečnost důležitosti sociálních vztahů a vazeb pro osobní pohodu. To se odrazilo například v obsahu přehledu determinant a vlivů osobní pohody, který byl sesumarizován časopisem New Economics Foundation do Pěti cest k osobní pohodě: Propoj se (s druhými jedinci či s komunitou), Buď aktivní, Vnímej (okolní svět), Nepřestávej se učit a Dávej (např. Usmívej se, věnuj se dobrovolnictví atd.). Není náhodou, že se zde jedná o samá doporučení zabývající se vztahem osoby k vnějšímu světu, jedná se zde o zapojování se do komunity a žití svého života naplno spíše než o detailní zkoumání vnitřních psychických nesrovnalostí. Stigma a diskriminace tak mohou mít výrazný dopad na možnost lidí s duševním onemocněním plně využívat svá občanská práva a na naplnění jejich lidských potřeb kontaktu. (Thornicroft, 2005)

3.3 Vliv pracovníků v oblasti duševního zdraví na osobní pohodu lidí se schizofrenií

Přístup směřující k zotavení rovněž vyžaduje jiný vztah mezi klienty služeb pro lidi s duševním onemocněním a profesionálními pracovníky. Roberts a Wolfson (2004) to charakterizovali jako přesun od personálu který je viděn jako vzdálený a autoritativní, k někomu, kdo jako partner nabízí své profesionální dovednosti a znalosti, během čehož se učí od klienta, který je sám expertem ze zkušenosti. Tento přístup je založen na otevřenosti, důvěře a upřímnosti. Na kvalitě takového pomáhajícího vztahu mezi klientem a pracovníkem velice záleží.

Cílem pro pracovníky by tedy mělo být poskytnout lidem se schizofrenií zdroje – informace, dovednosti a podporu – k tomu, aby oni sami byli schopni zvládnout svou nemoc co nejlépe, případně pak dopomoci k získání zdrojů potřebných k co nejsamostatnějšímu životu. Znamená to tedy být v kontaktu s klientem a jeho problémy namísto zaujímání distantní autoritářské pozice (Repper, Perkins, 2003). Pracovníci by si rovněž měli být vědomi toho, že je pro klienty důležité, aby v nich podporovali pocit naděje a motivovali je k další aktivitě. Toto tvrzení ovšem neznamená propagování naivní představy o tom, že vše bude dle klientových snů a přání i přes jejich nerealističnost – podpora nadějí a očekávání je spíše pragmatická. Je totiž důležité si uvědomit, že tyto naděje a očekávání mají velký vliv na výsledné chování daného člověka. Zároveň je třeba

si uvědomit, že ne vždy jsou profesionálové naprosto přesní v tom, co je skutečně pro danou osobu možné či nemožné. Často dochází k podceňování klientů, přičemž pak snížená očekávání mohou skutečně produkovat snížené výsledky (Perkins, 2006).

Neznamená to však, že by názory pracovníka byly bezcenné, ani by pracovníci neměli předstírat, že něco je možné, přestože upřímně věří tomu, že to možné není. Je však důležité mít na paměti, že je hodnotné a motivující podporovat klienty v cílech, které si sami vytyčili. Veškeré intervence by tak měly být nahlíženy optikou toho, zda směřují k tomu, aby lidé se schizofrenií mohli žít takový život, který si pro sebe sami přejí. Ubytování, zaměstnání, vzdělávání a participace na společenských aktivitách se tak stávají centrálními cíli a veškeré intervence, ať už farmakologické, psychologické či sociální, jsou užitečné jenom potud, pokud pomáhají dosáhnout jedinci těchto cílů.

Borg a Kristiansen (2004) uvedli pět nejdůležitějších charakteristik pracovníka směřujících ke zvýšení osobní pohody jejich klientů. Jsou to otevřenost, rovnocenná spolupráce, zaměření se na jedincovy vnitřní zdroje a motivace, vzájemnost a individuální přístup. Tyto obecné dovednosti musí být dle nich nadále zkombinované s vysokou úrovní sociálních a komunikačních dovedností na straně pracovníků – s empatií, akceptací, ujištěním, podporou k zodpovědnému riskování a pozitivními očekáváními do budoucnosti.

Slade a Hayward (2007) přišli s deseti tipy pro pracovníky, kterými by se měli řídit ve spolupráci s klientem, chtějí-li zvýšit jeho osobní pohodu. Patří mezi ně aktivní naslouchání, identifikace individuálních cílů a motivací, identifikace zdrojů a silných stránek – včetně rodiny či přátel, podpora samostatnosti a zodpovědnosti, dialog o potřebách a přáních osob v oblasti terapie, nápomoc ve vymanění se z role nemocného a v přispívání k životům druhých lidí.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Specifikace použitého konceptu osobní pohody

Na úvod výzkumné části je nutné definovat koncept osobní pohody, se kterým bude nadále v tomto výzkumu operováno, a jeho odlišení od konceptů životní spokojenosti a kvality života. Blatný, Dosedlová, Kebza a Šolcová (2005) zařazuje osobní pohodu na pomezí afektů, nálad a osobnostních rysů – kromě emotivních a kognitivních složek však zahrnuje i postojovou složku. Je pro ni typická kombinace míry pozitivní afektivity (respektive absence negativní afektivity) a životní spokojenosti. Osobní pohoda byla v tomto výzkumu chápána jako „dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s vlastním životem.“ (Blatný, 2010, s. 198).

Subjektivní osobní pohoda má nepochybně některé charakteristiky společné s kvalitou života a životní spokojeností a je často obtížné je od sebe adekvátně odlišit. Jedná se o úzce propojené koncepty, je tedy nutné je od sebe vzájemně odlišit.

Osobní pohoda je vnímána jako dvousložková – obsahuje emoční aspekt a aspekt kognitivní. Emoční aspekt lze vnímat jako zahrnující dlouhodobé pozitivní a negativní nálady, emoční stavy a afekty. Kognitivní složka pak zahrnuje vědomé hodnocení vlastního života a sebehodnocení. Rozdělení lze tedy rozumět tak, že kognitivní složka reprezentuje právě životní spokojenost, který je definován jako „míra uspokojení, se kterou jedinec posuzuje všeobecnou kvalitu jeho života jako celku. Jinými slovy: jak má člověk rád život, který vede.“ (Strack, et al., 1991, p. 10). Z tohoto pohledu je tedy pojem životní spokojenosti pojmem užším, neboť neobsahuje afektivní složku tak, jak je tomu u osobní pohody.

Naopak širším pojmem je pojem kvality života – tento pojem zahrnuje dle definice WHO „to, jak jedinec vnímá svou pozici v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů v nichž žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a obavám.“ (WHO, 1997). Kvalita života zahrnuje psychický a fyzický stav jedince, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, environmentální vlivy, politickou situaci a kulturní klima, jemuž je jedinec vystaven. Jedná se tedy o značně široký koncept, který se od osobní pohody odlišuje především tím, že zahrnuje i kulturní, politické a environmentální vlivy, což do konceptu osobní pohody nespadá.

Na základě výše uvedených definic a diferenciacních kritérií bude tedy osobní pohoda zjišťována i v tomto výzkumu.

4 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Vzhledem k nejnovějšímu vývoji psychiatrické péče v oblasti léčby schizofrenie se osobní pohoda a možnosti jejího zvýšení lidí s tímto onemocněním stávají neopomenutelným tématem. Je třeba se na toto téma podrobněji zaměřit a objasnit a zmapovat potřeby lidí se schizofrenií v této oblasti. Cílem výzkumu je za prvé popsat to, jaké představy mají o vlastní osobní pohodě a jejich determinantách - především pak to, jaký vliv má na jejich osobní pohodu schizofrenie a různé druhy léčby a psychiatrické péče. Druhá část výzkumu bude zaměřená na srovnání představ osob se schizofrenií ohledně jejich osobní pohody a pracovníků zabývajících se duševním zdravím.

1. Výzkumná otázka

Co ovlivňuje míru osobní pohody u lidí se schizofrenií?

Tato otázka se zaměří na odhalení proměnných, které mají vliv na zvýšení či snížení míry osobní pohody. Pomůže utvořit celistvější obraz o potřebách a přáních lidí se schizofrenií, přičemž zde vyvstanou témata a oblasti, které mohou dále vést k možnostem zvýšení jejich osobní pohody.

2. Výzkumná otázka

Jak lze zvýšit osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

Otázka se zaměří převážně na to, co by v této problematice mohlo pomoci v oblasti psychiatrické léčby, co skutečně pomohlo a co naopak bylo vnímáno jako škodlivé. Akcent bude dále kladen na přístup profesionálních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví k tomuto tématu a na to, co bylo v jejich přístupu vnímáno pozitivně a naopak negativně. To opět pomůže vidět možnosti ke zlepšení míry osobní pohody a tím i zvýšení kvality psychiatrické péče.

3. Výzkumná otázka

Jak se liší pohled pracovníků v oblasti duševního zdraví na potřeby lidí se schizofrenií a možnost zvýšení jejich osobní pohody od pohledu samotných osob se schizofrenií?

Výzkumná otázka nám pomůže zjistit, zda existuje rozdíl mezi názory těchto dvou skupin na osobní pohodu lidí se schizofrenií a případně pak ve kterých oblastech tento rozdíl spočívá. To pomůže v nahlédnutí na problematiku péče o duševní zdraví a ve zviditelnění případných rezerv v přístupu profesionálů k lidem se schizofrenií.

5 Popis použitých metod

Pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní metodologie, a to především z důvodu specifičnosti dané problematiky a povaze informací, které mají být zjištěny. Kvalitativní metoda je nejlepší volbou pro naplnění cílů výzkumu, které spočívají v co nejhlubším a nejkomplexnějším porozumění toho, co přesně ovlivňuje osobní pohodu u lidí se schizofrenií, co jí snižuje a co naopak zvyšuje a proč a jaké jsou jejich názory na vliv psychiatrické péče na jejich osobní pohodu.

Na tomto místě je nutno zdůraznit, že se výzkum na základě samotné podstaty pojmu osobní pohody soustřeďuje na subjektivní zkušenosti respondentů a nesnaží se tak o zachycení objektivní reality. Z této pozice se zdálo být nejvhodnější použít metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, zkráceně IPA). Tato metoda založená na fenomenologickém přístupu byla popsána Jonathanem Smithem jako vědecký nástroj, který se zabývá subjektivním vnímáním jedince a jeho unikátními interpretacemi jeho životních zkušeností. Jak uvádí Smith (2007), IPA se snaží porozumět respondentovu osobnímu a sociálnímu světu a hlavně tomu, jak dotyčný svým zkušenostem rozumí, co si z nich bere. IPA uvažuje o člověku jako o kognitivní, lingvistické, emocionální a fyzické bytosti, přičemž předpokládá úzké spojení mezi respondentovou promluvou a jeho myšlenkovými pochody a city. Přístup si je však vědom toho, že toto spojení může být značně komplikované, zdůrazňuje tedy i značnou roli interpretace výpovědi výzkumníkem. Jedná se tedy o „dvouúrovňový interpretační proces, kdy se účastník snaží pochopit svůj osobní a sociální svět a výzkumník se snaží pochopit účastníka, který se snaží pochopit svůj osobní a sociální svět“ (Smith, 2004, s. 40.).

IPA je považována za vhodnou perspektivu pohledu na sesbíraná kvalitativní data, je-li cílem výzkumu popsat a následně interpretovat způsob, jaký nositel své prožité zkušenosti přiřazuje této zkušenosti význam a smysl. Je vhodná také v případě, že je předmětem výzkumu velmi specifická a neobvyklá skupina respondentů (např. lidé trpící hraniční poruchou osobnosti, lidé s anorgasmii...). Teoretická pozice IPA je pak zakotvena ve fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu (Willing, 2001, in Čermák, Kostínková, 2013).

IPA nejčastěji využívá metodu polostrukturovaného rozhovoru, který bude využit i v tomto výzkumu, neboť se jedná o nejvhodnější metodu, jak zachytit co nejvíce z respondentova osobního přístupu a interpretací zkušeností během jednoho sezení. Nejčastěji pracuje s přepisy kvalitativních rozhovorů (transkripty), přičemž tomu tak bude i v případě tohoto výzkumu. Kvalitativní rozhovor by měl být co nejdetailnější a zároveň se držet daného tématu. Pokládání otázky by měly být otevřené

a nedirektivní. Vzorek bývá v případě použití IPA spíše menší, z důvodu detailní a časově náročné analýzy každého získaného rozhovoru (Smith, 2007). Je zde důležité skupinu co nejúžeji definovat a snažit se o co nejhomogennější vzorek. Výzkumné otázky by pak měly být pro skupinu a pro předmět zkoumání relevantní.

Počátek procesu IPA spočívá v konstrukci výzkumné otázky, definování si výzkumného vzorku, oslovení a výběru respondentů a sběru dat. Následně dochází k přepisu každého rozhovoru.

Samotná analýza rozhovoru je pak založena na opakovaném čtení zapsaného rozhovoru. Je-li k dispozici i zvukový záznam, je vhodné využít i ten – odmlky v promluvě respondenta či tón hlasu mohou přispět ke správné orientaci výzkumníka v dané promluvě. Poté si výzkumník činí poznámky na okraj papíru – zde se nejedná jen o finální interpretace, ale i o to, co ho k dané výpovědi napadá. Zde se lze zaměřit například na obsah, jazykovou formu či na kontext. Je také užitečné soustředit se na výrazná prohlášení či na emoční odpovědi (Petkiewitz, Smith, 2013).

Analýza nadále pokračuje tak, že výzkumník z poznámek získává objevující se témata. Těchto témat může být u každé otázky několik, zatím nejde o to je zredukovat na co nejmenší počet.

Třetí fází analýzy je hledání konexí mezi těmito tématy a spojování je do „clusterů“. To se děje tak, že se vytvoří seznam témat, které vyvstaly v druhé fázi a hledají se mezi nimi vztahy, vazby a vzájemné podobnosti. Některá z témat mohou být v této fázi zcela opuštěna, pokud k nim není nalezeno odpovídající spojení a nehodí se tedy do konceptualizace. Výzkumník zde uplatňuje porozumění respondentově zkušenosti na základě širšího kontextu či své vlastní zkušenosti a odborných znalostí.

Ve čtvrté fázi analýzy dojde k vytvoření tabulek se zmíněnými „clustery“ schémat. Zde již výzkumník vybírá pouze ty výstupy, které souvisí s výzkumnými otázkami. Poté mohou být data převedena do narativní podoby. Tato své tvrzení výzkumník dokládá citacemi z přepsaných rozhovorů.

Pokud chceme analyzovat více rozhovorů, je nutné srovnat výstupy ze čtvrté fáze (v tabulce či schématu) s výstupy z rozhovorů dalších a nalézt tak jejich podobnosti a odlišnosti. To lze udělat dvojím způsobem – je možné nejprve podrobně analyzovat jeden rozhovor a poté stejným způsobem druhý a takto získaná data následně porovnat. Další možností pak je využít témat nalezených v prvním rozhovoru a na základě tohoto klíče pak analyzovat rozhovor druhý.

V tomto výzkumu proběhne jak vertikální, tak horizontální analýza rozhovorů. V následujících kapitolách bude použita metodologie dopodrobna popsána.

5.1 Etika výzkumu

V rámci tohoto výzkumu byla věnována pozornost především ochraně osobních informací, neboť respondenti o sobě často sdělovali citlivá data. Získané rozhovory byly plně anonymizovány – kromě záměny jmen respondentů i osob, o nichž hovořili byly změněné i některé osobní informace (například jména blízkých osob respondenta, názvy míst, která navštěvuje...), na základě, nichž by bylo teoreticky možno respondenta identifikovat. Všichni respondenti byli s tímto seznámeni již od prvního kontaktu, dále jim to bylo zopakováno v úvodní části rozhovoru. Zároveň jsou zamlčeny i jednotlivé organizace ze kterých respondenti pocházeli, to stejné platí pro jejich bydliště či místo aktuálního pobytu. Odpovídajícím způsobem bylo nakládáno i se získanými daty. Po přepisu jednotlivých rozhovorů byly původní nahrávky smazány, přičemž do té doby byly uchovávány v počítači chráněném několika hesly, které znal pouze výzkumník.

Všichni respondenti si byli rovněž vědomi, že data jsou sbírána za účelem sepsání diplomové práce. Respondenti do výzkumu vstoupili čistě na dobrovolné bázi, přičemž byli předem informováni o jeho účelu, tématu a rámcově i o jeho průběhu. Také byli uvědomeni o tom, že k anonymizovaným a zpracovaným datům uvedeným v rámci diplomové práce bude mít přístup odborná veřejnost. Dále byli informováni o tom, že jeden rozhovor bude trvat 60–120 minut. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, jehož vzor je možné najít v příloze číslo 3.

5.2 Výzkumný soubor

V rámci co nejširší eliminace intervenujících proměnných a co nejhomogennějšího vzorku byla pro vzorek tohoto výzkumu určena následující kritéria. Respondent měl být žena či muž ve věku 30–55 let s diagnózou schizofrenie (F20), přičemž jeho onemocnění mělo být alespoň 6 měsíců ve fázi remise. Respondenti za sebou měli mít alespoň jednu hospitalizaci a měli se s onemocněním potýkat alespoň pět let, neboť v otázkách osobní pohody bude na své onemocnění nepochybně jinak nahlížet člověk, který má s nemocí půlroční zkušenosti a ten, který se léčí již mnoho let. Z výzkumu byli vyřazeni také lidé vyššího věku, neboť zde na osobní pohodu může působit další množství proměnných. Žádný z respondentů také v době výzkumu netrpěl vážnějším fyzickým onemocněním. Rovněž z tohoto výzkumu byli eliminováni potencionální respondenti s duální diagnózou. Vzhledem ke genderové vyváženosti měl být vybrán vzorek s přibližně stejným počtem mužů a žen – z řad

respondentů se schizofrenií se výzkumu účastnilo šest mužů a čtyři ženy.

Vzhledem k charakteristice souboru se pak zdálo jako nejvhodnější použít jako metodu výběru vzorku samovýběr kombinovaný s účelovým výběrem přes doporučení pracovníků zabývajících se prací s psychotickými klienty. Z důvodu kritéria šestiměsíční remise pak nebylo možné oslovovat psychiatrické nemocnice, neboť v takových zařízeních se nacházejí lidé buď v akutní fázi onemocnění nebo nesplňující šestiměsíční interval. Byla tedy oslovena zařízení, která se věnují i péči o klienty stabilizované – Fokus Praha, Baobab o.s., BONA o.p.s, Green Doors z. ú. a Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ s.r.o. Těmto organizacím byl zaslán informační email obsahující informace ohledně tématu, účelu výzkumu a kritérií pro možné zařazení do vzorku. Email zároveň obsahoval informace o ochraně údajů klientů a o anonymizaci a také o motivační finanční odměně za poskytnutý rozhovor (100 Kč). Uvedený informační dopis je k nahlédnutí v příloze č. 2. Někteří respondenti byli osloveni i osobně či přes telefon. To bylo především z důvodu osobních konexí či doporučení pracovníka z dané organizace. Informace pak byly tedy předávány ústní formou, od těch obsažených v informačním mailu se však výrazně nelišily.

Z výše uvedených organizací pak pocházel i vzorek pracovníků. Pracovníci ve vzorku měli všichni vysokoškolské humanitní vzdělání a alespoň dva roky praxe v přímé práci s klienty s psychotickým onemocněním. Věk pracovníků se rovněž pohyboval od 30 do 55 let. Všichni respondenti z řad pracovníků pocházeli ze stejných organizací, jako respondenti se schizofrenií (Baobab o.s., BONA o.p.s, Green Doors z.ú., Fokus Praha a Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“). Vzhledem k tomu, že respondenti měli humanitní vzdělání, nenacházeli se ve vzorku žádní psychiatři ani zdravotní sestry. Někteří z nich měli psychologické vzdělání, žádný z nich však nepracoval přímo na pozici psychologa – všichni ze zúčastněných respondentů byli zaměstnáni jako sociální pracovníci. Vzorek byl takto úzce vybrán z důvodu eliminace nežádoucích proměnných.

Pracovníci byli buď osloveni přímo, nebo byli doporučeni na základě konexí. Ohledně účelů rozhovoru, jejich průběhu a ochrany osobních dat byly informováni stejným způsobem jako respondenti se schizofrenií.

Pro účely výzkumu byl vytvořen informační plakát (viz. příloha č. 1), který obsahoval základní informace o tématu a účelu výzkumu a možnostech a podmínkách pro přihlášení. Na plakátu byla rovněž uvedena i odměna za úspěšně dokončený rozhovor. Letáky byly umístěny ve veřejných prostorách participujících organizací.

Z oslovených organizací se do výzkumu přihlásilo 14 potencionálních respondentů s psychotickým onemocněním. Dvě osoby na domluvenou schůzku nedorazily, jedna osoba byla z výzkumného souboru vyřazena na základě své duální diagnózy a v průběhu dalšího rozhovoru vyšlo najevo, že respondent nesplňuje podmínku šestiměsíční remise. Takto vznikl vzorek čtyř žen a šesti mužů, který splňoval veškerá výše uvedená kritéria.

Vzorek pracovníků se skládal z pěti žen a pěti mužů, z nichž všichni vyhovovali daným kritériím.

Z důvodu zajištění co nejúplnější anonymizace klientů zde nelze uvést, který klient byl kontaktován prostřednictvím které organizace. Obecně však lze říci, že 1 respondent byl kontaktován díky DPS Ondřejov, 2 respondenti pocházeli z Green Doors o. s., 4 respondenti byli klienti Fokusu Praha, 1 respondent pocházel z chráněného bydlení BONA o. p. s. a dva respondenti byli osloveni osobně na základě předchozí známosti a doporučení pracovníků.

5.3 Charakteristika respondentů

V tomto oddíle bude popsáno to, jak vypadají vzorky respondentů na základě informací, které o sobě uvedli. Nejprve budou prezentovány údaje o respondentech se schizofrenií. Uvedeny budou především demografické údaje a údaje související s onemocněním a jeho průběhem. V tabulce č. 1 bude uveden věk respondentů se schizofrenií, v následujících tabulkách č. 2 a č. 3 lze nalézt věk, rodinný stav, diagnózu, typ bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání a výši invalidního důchodu. Veškeré získané údaje byly anonymizovány, respondenti zde vystupují pod přiřazenými čísly.

Tabulka č. 1 – Věkové rozložení souboru

Průměrný věk souboru	44 let
Průměrný věk žen	45 let
Průměrný věk mužů	43 let
Maximální věk	55 let
Minimální věk	33 let

Tabulka č. 2 – Charakteristika souboru – Ženy

Respondentky	1	2	3	4
Věk	55	40	41	46
Typ schizofrenie	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Dokončené vzdělání	Střední odborné	Střední odborné	Vysokoškolské	Střední odborné
Stav	Rozvedená	Svobodná	Svobodná	Svobodná
Zaměstnání	Ne	Ano – Poloviční úvazek	Ano – Poloviční úvazek	Ne
Bydlení	Samostatně	S partnerem	S partnerem	Samostatně
Invalidní důchod	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň

Respondentka č 1

Respondentka č. 1 je 55letá žena. Nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné, střední ekonomická škola. Nepracuje, žije z invalidního důchodu třetího stupně. Zhruba ve třiceti dostala diagnózu paranoidní schizofrenie, hospitalizovaná byla jednou. Medikaci nyní neužívá. Bydlí sama v bytě s občasnou asistencí sociálních pracovníků. Je rozvedená a má dceru.

Respondentka č. 2

Respondentce č. 2 je 40 let a její nejvyšší dosažení je střední odborné. Je svobodná, bydlí s partnerem. Pracuje na poloviční úvazek, k tomu pobírá invalidní důchod III. stupně. Byla hospitalizována pětkrát, vždy tak na dva měsíce. V současnosti užívá Velaxin, Ketilept a Cisordinol v depotní formě.

Respondentka č. 3

Respondentce č. 3 je 41 a její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. V současné době je svobodná, uvažuje o svatbě s partnerem, se kterým i bydlí. Pracuje na poloviční úvazek a rovněž pobírá důchod III. stupně. Hospitalizovaná byla jednou, hospitalizace trvala rok a půl. Užívá Quetiapin a Lyricu, přičemž se medikaci snaží sama omezit, a nakonec vysadit docela.

Respondentka č. 4

Této respondentce je 46 let. Její nejvyšší vzdělání je střední odborné a v době výzkumu byla svobodná a žila bez partnera. Bydlí sama v bytě, trvalé zaměstnání momentálně nemá, věnuje se však intenzivně svým kreativním projektům. K invalidnímu důchodu III. stupně si přivydělává na příležitostných brigádách. Má za sebou několik hospitalizací, nyní ambulantně navštěvuje svou psychiatricku.

Tabulka č. 3 – Charakteristika souboru – muži

Respondent	1	2	3	4	5	5
Věk	49	49	41	33	54	33
Typ schizofrenie	Nediferuj.	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Dokončené vzdělání	Střední odborné	Střední odborné	Střední odborné	Střední odborné	Základní	Střední odborné
Stav	Rozvedený	Svobodný	Svobodný	Svobodný	Svobodný	Svobodný
Zaměstnání	Ano chráněné místo	Ano – plný úvazek	Ne	Ano – půl úvazku	Ne	Ano chráněné místo
Bydlení	Podporované bydlení	Samostatně	Samostatně	S partnerkou	Samostatně	S rodinou
Invalidní důchod	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň	III. stupeň

Respondent č. 1

Tomuto respondentovi je 49 let. Pracuje na chráněném místě a žije v chráněném bydlení. Je dvakrát rozvedený a má syna. Momentálně se léčí ambulantně a byl hospitalizován sedmkrát, poprvé ve svých čtyřiceti letech. Co se týče medikace, tak jednou měsíčně chodí na depotní injekci – užívá Risperdal Consta. Má dokončené střední odborné vzdělání a pobírá invalidní důchod III. stupně. Má zkušenosti s psychoterapií

Respondent č. 2

Respondentovi č. 2 je rovněž 49 let, žije sám na ubytovně a pracuje na plný úvazek. K tomu pobírá důchod třetího stupně. Má dokončené střední odborné vzdělání. Nemoc mu propukla přibližně ve 28 letech, od té doby byl hospitalizován dvacetkrát. Nyní se léčí ambulantně, bere Haloperidol, Ketilept a Clozapin.

Respondent č. 3

Tomuto respondentovi je 41 let. Má dokončené střední odborné vzdělání, v době výzkumu nepracoval. Pobírá invalidní důchod III. stupně. Žije sám na ubytovně. Duševní onemocnění mu bylo diagnostikováno ve 28 letech, uvádí však, že mu diagnóza bylo často měněná – diagnózu paranoidní schizofrenie dostal až před pěti lety. Hospitalizovaná byl celkem pětkrát, nyní se léčí ambulantně.

V současné době užívá Invegu, Quetiapin a Haloperidol.

Respondent č. 4

Respondentovi je 33 let, má dokončené střední odborné vzdělání a v době výzkumu pracoval na poloviční úvazek. Zároveň pobírá invalidní důchod. Žije s partnerkou. Počet hospitalizací neuvedl. Momentálně užívá neuroleptika a stabilizátory nálady.

Respondent č. 5

Respondentovi č. 5 je 54 let. Má dokončené základní vzdělání a momentálně nepracuje, je zaregistrován na úřadu práce a pobírá invalidní důchod III. stupně. Žije sám, v minulosti měl dlouhodobý partnerský vztah, ale nikdy se neoženil a je bezdětný. Hospitalizovaný by přibližně 15krát, poprvé v 16 letech. V současné době užívá antipsychotika.

Respondent č. 6

Respondentovi je 33 let, pracuje na poloviční úvazek na chráněném místě a pobírá invalidní důchod III. stupně. Žije se svou rodinou a má dlouhodobý partnerský vztah, nicméně partnerka s nimi nežije. Hospitalizován byl jen jednou, před deseti lety, nyní se léčí ambulantně. Z medikace momentálně užívá Zeldox a Tegretol.

U respondentů z řad pracovníků bude rovněž uvedena tabulka s věkovým rozložením (tabulka č. 4), následovat budou charakteristiky jednotlivých respondentů, které se budou týkat především let praxe ve službách pro osoby se schizofrenií a dosaženého vzdělání (tabulky č. 5 a 6).

Tabulka č. 4 – Věkové rozložení respondentů z řad pracovníků

Průměrný věk souboru	41
Průměrný věk žen	40
Průměrný věk mužů	42
Maximální věk	55
Minimální věk	30

Tabulka č. 5 – Charakteristika respondentů z řad pracovníků – ženy

Respondentka	1	2	3	4	5
Věk	34	31	55	48	30
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské
Titul	Mgr.	Bc.	Mgr.	Bc.	Mgr.
Roky praxe	5	3	20	12	3
Terapeutický výcvik	Započatý	Ne	Ne	Ne	Ne

Tabulka č. 6 – Charakteristika respondentů z řad pracovníků – muži

Respondent	1	2	3	4	5
Věk	53	31	36	42	35
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské	Vysokoškolské
Titul	Bc.	Bc.	Mgr.	Mgr.	Bc.
Roky praxe	2	2	8	15	5
Terapeutický výcvik	Ano	Ne	Ne	Ano	Ne

6 Sběr a zpracování dat

6.1 Sběr dat

Rozhovory s respondenty se schizofrenií i s pracovníky probíhaly v únoru až květnu 2018. V tomto období byl také pořízen doslovný přepis těchto rozhovorů. Kompletní přepis všech dvaceti rozhovorů lze nalézt na přiloženém CD- ROM. Účastníci byli oslovoováni pracovníky jednotlivých organizací na základě rozeslaného informačního mailu, většina z nich se však spontánně ozvala na základě plakátu vyvěšeného v organizacích. První kontakt probíhal písemně přes email, telefonicky či osobně. Všichni respondenti byli informováni o účelu rozhovoru, anonymizaci získaných dat, tématu rozhovoru a jeho délce (60–90 minut). Rovněž jim byla sdělena výše nabízené odměny za jeden rozhovor (100 Kč).

Respondenti si sami mohli vybrat místo rozhovoru, přičemž si všichni zvolili konzultační místnost pracoviště výzkumnice, s výjimkou jedné pracovnice, která si přála z organizačních důvodů uskutečnit rozhovor v kavárně. Poté, co bylo zajištěno dostatečné soukromí a klid k rozhovoru, byly účastníkům zopakovány úvodní informace a bylo jim sděleno, že rozhovor bude nahráván, avšak tato nahrávka je pořizována čistě za účelem transkripce rozhovorů a získaný přepis bude anonymizován. Dále bylo respondentům sděleno, že si kdykoliv během rozhovoru mohou říci o přestávku, pokud by pro ně byl příliš vyčerpávající a dlouhý. Toho využila jedna respondentka, zbytek absolvoval rozhovor v kuse. Rovněž jim bylo řečeno, že mají kdykoliv právo říci, že na danou otázku nebudou odpovídat, pokud by jim to bylo jakkoliv nepříjemné. Tohoto svého práva někteří z respondentů v průběhu rozhovorů využívali. Po této fázi byli respondenti požádáni, aby podepsali informovaný souhlas (příloha č. 3), který zahrnoval i souhlas s pořízením audionahrávky.

6.2 Osnova rozhovoru

Rozhovor byl polostrukturovaný – všem respondentům byl kladen stejný soubor otázek, načež jsem se na základě odpovědí, které mi poskytovali, na některé informace doptávala. Častokrát se během rozhovorů stalo, že na některé z otázek respondenti odpovídali spontánně, nebylo tedy poté potřeba otázky explicitně pokládat znovu. Rozhovor byl doplněn dotazníkem Subjektivní osobní pohoda pod neuroleptiky (Subjective Well Being under Neuroleptics – dále SWN). Autorem tohoto dotazníku je Naber (1995). Dotazník je v současné době hojně používaným nástrojem pro zjišťování osobní pohody lidí, kteří musejí užívat léky proti projevům psychózy, je tedy krátký, srozumitelný a uživatelsky přijatelný. Z respondentů nikdo neměl výraznější potíže jej vyplnit. Princip dotazníku

byl respondentům srozumitelně vysvětlen, v případě potřeby i demonstrován. Použit byl český překlad, jehož autorem je Masopust a kolektiv (2009).

Rozhovor začínal sběrem demografických dat, což mělo za úkol nejen zjistit potřebné informace pro charakterizaci souboru, ale i odbourat případné prvotní rozpaky a stud u respondentů. Získaná data jsou již uvedena výše. V této fázi byli respondenti dotázáni i na počet hospitalizací, medikaci a rovněž na to, kdy poprvé dostali svou diagnózu a jak je diagnóza tehdy ovlivnila. Již v této fázi se často odkryla zajímavá témata. Následující otázky směřovaly k asociacím respondentů k osobní pohodě.

Co si představíte, když se řekne osobní pohoda?

Co to pro vás znamená? Co se vám vybaví?

Dále se rozhovor stočil ke zmapování momentální míry osobní pohody dotazovaného. Byly pokládány jak otázky, které používaly přímo termínu „osobní pohoda“, tak otázky opisnější.

Jaká je vaše momentální míra osobní pohody? Jak to bylo například včera?

Jak v posledním roce? Kdybyste měl/a vyjádřit svou míru osobní pohody na škále od 0 do 100%, kolik byste dal/a?

Tento úvod tedy pomohl zmapovat současnou situaci respondentů. V této fázi byl rovněž použit dotazník Subjective wellbeing under neuroleptics (SWN), který pohodl zmapovat míru prožívané osobní pohody u respondentů. V následující fázi dostal každý z nich pět kartiček, na které měli napsat pět věcí, které nejvíce ovlivňují jejich osobní pohodu, přičemž mohli napsat i to, co jim právě chybí. V rozhovoru nebyly zadávány okruhy potřeb, neboť to bylo považováno za příliš limitující a návodné. Respondentům byla ponechána při výběru determinant jejich osobní pohody co největší možná volnost. Poté, co napsali své potřeby na kartičky, byli vyzváni k tomu, aby potřeby seřadili podle důležitosti, což však většina z účastníků odmítla – důvod byl buď ten, že to nedokáže, nebo že všechny uvedené potřeby vnímají jako stejně důležité. Dále byli vyzváni, aby o každé z uvedených potřeb řekli podrobnosti.

Napište mi prosím na těchto pět kartiček pět věcí, které ovlivňují vaši osobní pohodu. Může to být i to, co nemáte, co vám právě chybí. Co pro vás znamená tato potřeba? Jak tomu vy rozumíte? Proč je pro vás důležité právě toto? V čem vás to ovlivňuje? Jaký to má dopad na váš život?

Respondenti byli nadále vyzváni k tomu, aby v případě potřeby doplnili další věci, které jejich osobní pohodu ovlivňují pozitivně, popřípadě negativně. Rozhovor se potom zabýval možnostmi svépomoci ve chvílích, kdy je respondentům se schizofrenií hůře.

Co děláte, když se vám udělá hůře? Jak s tím nakládáte? Je něco, co vám pomáhá? Můžete si nějak pomoci sám? Jak?

Podobné otázky se následně soustředily i na respondentovo okolí a na to, jak mu mohou pomoci lidé v jeho blízkosti

Co pro vás může udělat vaše okolí? Co byste od svého okolí potřeboval/a? Je naopak něco, s čím se ze strany svého sociálního okolí setkáváte, ale není vám to příjemné? Jaký přístup má dle vás společnost k lidem se schizofrenií? Jak to vy vnímáte? Ovlivňuje vás to nějak?

Další část rozhovoru se zabývala oblastí profesionální pomoci a léčby. Zde byly mapovány jejich zkušenosti s terapeutickými intervencemi a to, co ocenili v oblasti profesionální pomoci. Otázky směřovaly k terapeutickým přístupům a službám.

Co vám pomohlo v oblasti profesionální pomoci? V oblasti léčby? Co jste všechno vyzkoušel/a? Co vám naopak nepomohlo, co vám uškodilo? Je něco, co vám v současné profesionální pomoci pro lidi se schizofrenií chybí? Zlepšil/a byste něco? Jak byste si představoval/a ideální službu pro lidi se schizofrenií? Co by v ní bylo a co naopak rozhodně ne? Jakou pomoc byste tam mohla obdržet a s čím? Jak by to tam vypadalo?

Dále rozhovor navázal tématem pracovníků ve službách. Respondenti byli dotazováni na to, jaký přístup pracovníků oceňují či co jim naopak nepomáhá.

Co vám pomohlo u pracovníků? Jaký přístup a proč? Je něco, co byste si přál/a, ale zatím se vám toho nedostalo? Jaký by pro vás byl ideální pracovník? Jsou pro vás pracovníci důležití? V čem?

Dále se rozhovor zabýval představou respondentů o jejich budoucnosti. Respondenti si nejprve měli představit „reálnou“ budoucnost, následně budoucnost ideální.

Jaké jsou vaše cíle do budoucna? Máte nějaké cíle v osobním rozvoji? Co byste si pro sebe přál/a? V čem je to pro vás důležité? Kdybyste si měl/a představit ideální budoucnost, bez jakýchkoli

limitů, jak by vypadala? Co by v ní bylo a co rozhodně ne?

Pracovníkům byly pokládány stejné otázky, nicméně samozřejmě s tím rozdílem, že byli dotazováni na osobní pohodu lidí se schizofrenií, a ne na svou vlastní.

7 Zpracování dat

7.1 Přepis rozhovorů a práce se záznamem

K tomu, aby mohl být rozhovor analyzován, a aby zároveň byla zajištěna plná pozornost výzkumnice respondentovi, byla pořízena audionahrávka rozhovoru. Doslovný a pečlivý přepis rozhovorů probíhal za pomoci online programu Voice dictation, který je určený k transformaci zvukových stop do psané podoby, a poté byl ještě znovu překontrolován. Přepis rozhovorů byl doslovný, došlo pouze k vypuštění některých doplňujících otázek výzkumnice, pokud byla respondentova odpověď smysluplná i po této redukci. Výpovědi respondentů jsou tedy zachovány ve své plné a autentické podobě, nicméně ne všechny podotázky výzkumnice jsou uvedeny. Z rozhovoru byly vynechány pasáže, které s probíraným tématem nesouvisely a které adresovaly přímo výzkumnici osobně.

V odpovědích respondentů byl zachován i jejich typický řečový projev – například frázování, odbočky či naopak ulpívání na některých tématech. Ve výsledných rozhovorech jsou uvedeny i nespisovné výrazy respondentů či výzkumnice i jejich slang. To umožňuje autentičtější přepis a menší prostor pro významovou misinterpretaci dat při následné analýze. V prepisech rozhovoru se neobjevují projevy neverbální komunikace.

7.2 Zpracování dat za použití zvolených metod

Ke zpracování dat byla zvolena výše zmíněná metoda IPA, a jak pro rozhovory s respondenty se schizofrenií, tak pro respondenty z řad pracovníků. V první fázi proběhlo opakované čtení transkriptů rozhovorů, které probíhalo v rozmezí několika dní. U toho byly zapisovány podrobné poznámky a komentáře, zatím však nedocházelo k tvorbě clusterů. Z těchto poznámek dále vzešla témata, která byla nadále spojována do clusterů na základě vazeb a vztahů mezi nimi (podrobněji viz. Popis použitých metod). Vzhledem k tomu, že základem kvalitativního výzkumu je neustálé vrácení se k datům, po několikadenním odstupu jsem se k vzniklým tématům vrátila a opět je spojila do clusterů. Výsledky prezentované dále v této práci jsou tedy produktem opětovného kódování, vede ke zvýšení spolehlivosti výzkumu.

7.3 Validita, reliabilita a triangulace

Validita a reliabilita jsou u kvalitativního výzkumu vždy předmětem debat, minimálně pohlédneme-li na tuto problematiku optikou exaktnosti výzkumů kvalitativních. Více než o validitě se v rámci kvalitativního výzkumu hovoří o pravdivosti, což je však objektivní nárok, který je v přímém rozporu s jednou z nejvýznačnějších charakteristik osobní pohody, což je subjektivita. Ještě spíše než o pravdivosti je tedy možné se bavit o platnosti či jistotě získaných dat. „Validita vzbuzuje důvěru ve výrok nebo tvrzení týkající se vědění někoho o něčem. Validita je epistemickým kritériem: tvrzení, že výsledky sociálně vědeckých výzkumů jsou (nebo musí být) validní, znamená, že výsledky jsou ve skutečnosti (nebo musí být) pravdivé a jisté. „Pravdivý“ zde vyjadřuje, že nálezy přesně reprezentují jevy, ke kterým odkazují, a „jistý“ znamená, že nálezy jsou podepřeny nebo zaručeny důkazy. Validita výzkumu pak závisí na tom, jak pravdivě výzkum reprezentuje zkoumaný jev a jak přesvědčivě jej dokládá.“ (Čermák, Štěpaníková, 1997).

Za zvýšení platnosti a pravdivosti výsledků výzkumu může být považováno například to, že došlo k opětovnému kódování, což může z jisté části eliminovat zkreslení, které vzniká subjektivním pohledem výzkumníka na získaná data. Pravdivost výzkumu lze také doložit přímými tvrzeními respondentů, která jsou uvedena v nezměněné podobě. Tyto citáty jsou prezentovány společně s výsledky práce, je možno je nalézt v kapitole Výsledky výzkumu. Triangulace byla provedena převážně datová – některé otázky (například otázka dotazující se na ideální budoucnost respondentů se schizofrenií) byly designované právě k tomuto účelu. Na problematiku osobní pohody byli respondenti dotazováni z různých úhlů pohledu, často tedy v rozhovorech docházelo k tomu, že se k již uvedené potřebě vraceli z jiné perspektivy. Byly také použity různé styly otázek, na které měli respondenti odpovídat. K různorodosti metod rovněž přispělo použití dotazníku a grafická forma uvádění potřeb (systém pěti kartiček). Jiná forma než ústní poskytovala další platformu k projevení potřeb respondentů, což někteří z nich viditelně ocenili.

Reliabilitu výsledků výzkumu lze nejjednodušeji ověřit na základě četby transkriptů rozhovorů, které jsou uvedeny na příloženém CD. Otázky, které byly pokládány, byly respondentům dobře srozumitelné, v opačném případě měli možnost se doptat a nechat si některé dotazy dovysvětlit. U srozumitelnosti projevu výzkumnice i pokládaných otázek byly brány v úvahu i oscilace v pozornosti, únava respondentů či jejich slovní zásoba – v případě potřeby byly dotazy přeformulovány, jejich smysl byl však zachován. Pokládané dotazy byly konzistentní. Stejně konzistentní bylo i kódování získaných dat – zde byla provedená opakovaná pečlivá analýza.

7.4 Analýza přepisů rozhovorů

Analýza přepisů rozhovorů začínala důkladným a opakovaným čtením rozhovorů, na jehož základě byly k jednotlivým tvrzením zapisovány poznámky a myšlenky výzkumnice. Z toho pak vyvstala témata, která byla dále zpracovávána. Ke každému tvrzení respondentů, které bylo vyhodnoceno jako důležité a mělo výpovědní hodnotu k otázce osobní pohody, byl následně přiřazen kód – tím mohl být odborný termín nebo běžná slova či slovní spojení. Takto bylo vytvořeno značné množství kódů, které byly sdružovány a redukovány. Takto vznikaly shluky kódů, které byly dále kategorizovány, přičemž v průběhu analýzy byly přidávány kategorie nové. Jednalo se o cyklický proces, neboť je nutné se důsledně vracet k původním transkriptům a předchozím krokům celé analýzy. Takto došlo k vytvoření smysluplných celků, které jsou k nahlédnutí v kapitole Výsledky práce.

Nejprve proběhla analýza každého rozhovoru zvlášť, až následně vznikala analýza všech rozhovorů napříč. Analýzu jednotlivých rozhovorů bohužel nebylo možno z důvodu rozsahu této práce uvést, je tedy prezentována pouze souhrnná analýza rozhovorů.

Výše uvedený postup analýzy dat byl aplikován jak na skupinu respondentů se schizofrenií, tak na skupinu respondentů z řad pracovníků. Následně došlo ke srovnání výpovědí obou skupin, které je rovněž prezentováno ve výsledcích této práce. Výsledky jsou dále reflektovány v kapitole Diskuse.

Závěry z proběhlé analýzy rozhovorů a následného srovnání obou skupin jsou uvedeny společně s citacemi z transkripcí rozhovorů, které tyto závěry podporují, dokreslují pravdivost výzkumu a pomáhají čtenáři v lepší orientaci v problematice. V uvedených citacích se lze snadno orientovat. Pod nimi je vždy uvedeno jméno respondenta, který je autorem výroku, a číslo řádku, na kterém lze daný výrok v transkribovaném rozhovoru nalézt. Poznámka pod citací „*Ondřej, 75*“ tedy znamená, že uvedený výrok lze nalézt na řádku 75 v Ondřejově rozhovoru. Ve výsledcích je vždy uvedeno, kolik respondentů v rozhovorech uvedlo dané sdělení – jedná se vždy o čísla v závorce. Například (8) by tedy znamenalo, že osm z respondentů zastává tento názor.

8 Výsledky výzkumu

Respondenti byli nejprve dotazováni na míru subjektivně prožívané osobní pohody, přičemž měli nejprve vyplnit dotazník Subjektivní osobní pohoda pod neuroleptiky (SWN) (vyhodnocení v tabulce č. 7). Následně pak byli požádáni, aby míru své osobní pohody sami zhodnotili, přičemž nejvyšší možná hranice byla 100 % a nejnižší 0 %.

Tabulka č. 7 – Dotazník SWN – vyhodnocení

Soňa	Robert	Ondřej	Lucie	Sofie	Jitka	Václav	Eduard	Michal	Marek	Průměr
84	71	63	79	112	115	95	71	104	65	87,1

U dotazníku subjektivní osobní pohoda pod neuroleptiky byly interpretovány hrubé skóry, tak jak to doporučují Vothknecht a kol. (2012). Žádný z hrubých skóre respondentů neklesl pod 60, což znamená, že všichni ze zúčastněných uváděli v dotazníku průměrnou či nadprůměrnou osobní pohodu během užívání neuroleptik. Průměrnou míru osobní pohody po neuroleptiky pak vykazovalo 6 z respondentů, nadprůměrnou respondenti 4.

Tabulka č. 8 – Subjektivní míra osobní pohody

Soňa	Robert	Ondřej	Lucie	Sofie	Jitka	Václav	Eduard	Michal	Marek	Průměr
75 %	50 %	30 %	60 %	100 %	90 %	60 %	30 %	60 %	40 %	61,5 %

Respondenti v průměru uváděli spíše vyšší osobní pohodu (6 z nich ji uvedlo v posledním roce vyšší než 50%). Srovnáme-li tedy tyto výsledky s výsledky dotazníku SWN, tak lze vidět, že skóre SWN u jednotlivých respondentů vzájemně odpovídala přímo uváděné míře osobní pohody.

8.1 1. výzkumná otázka

Co ovlivňuje osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

V tabulce č. 9 lze nalézt sumarizaci pěti nejdůležitějších potřeb nejvíce ovlivňujících jejich osobní pohodu, které respondenti se schizofrenií napsali na začátku druhé části rozhovoru. V průběhu rozhovorů se však nutně vynořilo ještě mnoho dalších témat, které jsou zahrnuty ve výsledné analýze. Tabulky s přehlednými údaji vyplývajícími z analýzy rozhovorů s lidmi se schizofrenií lze nalézt v příloze č. 4.

Tabulka č. 9 – Potřeby respondentů – sumarizace

Potřeba	Počet respondentů
Partner	6
Přátelé	6
Rodina	5
Seberealizace	6
Smysluplné zaměstnání	5
Volnočasové aktivity	4
Odpočinek	3
Běžné radosti	2
Seberozvoj	1
Materiální zabezpečení	1
Počasí	1
Kouření	1

Sociální vztahy

Všichni respondenti se ve svých odpovědích dotkli oblasti **sociálních vztahů**, přičemž tuto oblast vnímali buď jako velký **zdroj podpory**, nebo naopak jako něco, co jim výrazně **chybí**. Intenzivně projevovaná byla převážně potřeba **blízkých a intimních vztahů**, jako vztahy **rodinné** či **partnerské**. Prioritou byly také vztahy **přátelské**. Dále se pak objevovala touha po **akceptaci** širší sociální sférou a **toleranci vůči onemocnění**. Vztahy byly však spojeny i s nejistotami, například s pochybami respondentů o tom, zda jsou schopni být pro druhé přínosem:

„Tak asi nějakou tu akceptaci, aby mě brali, jaký sem...Ale to je těžký, vlastně se teď necejtím, že bych jim mohl něco dát. Ani vlastně té rodině.“
(Marek, 140)

Partnerské vztahy

Partnerský vztah či jeho absence byl vnímán většinou respondentů (9) jako velice důležitý faktor, který výrazně ovlivňuje jejich život. V době výzkumu se ve vztahu nacházelo 6 z respondentů (Lucie, Sofie, Jitka, Václav, Michal). Čtyři ze zbývajících uvedli, že by o partnerský vztah velice stáli (Marek, Eduard, Ondřej, Robert). Zvláště mladší z mužů bez partnerky by to velmi uvítali. Pouze jedna respondentka o partnerský vztah neprojevila zájem.

Respondenti, kteří právě byli v partnerském vztahu, uváděli, že si na vztahu váží především **podpory a pocitu bezpečí**.

„My si moc rozumíme a zároveň si myslím že jsme jeden druhému oporou.... Je jako pozorná, přesně jakože podpůrná a není konfliktní..... Já nevím no tak jako... občas je taková jako až moc pečující. Ale jako... zase na druhou stranu já jsem za to zase vlastně rád. Ale na druhou stranu si říkám že zase někdy až moc.“
(Michal, 75)

„Cítím se s ní tak příjemně.... A bezpečně taky jestli můžu to takhle říct. To je taky dobře pro mě.“
(Václav, 129)

„Teda určitě bych se cítil líp kdybych měl nějakého partnera teda partnerku, bydlel s ní a kdyby sem s ní jako by trávil čas a tak. Kdybych byl sám tak by mě povzbudila já bych ji taky povzbudil. Bylo by to asi jiný, no.“
(Marek, 194)

Respondenti, kteří byli v partnerském vztahu, také uváděli, že po zkušenosti preferují partnera, který má **podobné onemocnění** jako oni, neboť se mohou **navzájem podporovat a lépe pochopit své stavy**.

„...vždycky jsem se bránila, já nechci nemocného, já chci zdravýho, jenže ty zdravý to prostě nechápou ty stavy. Ale když si najdeš nemocného on ty stavy pochopí podpoří tě. A vlastně Péřu hodně vytáhlo si myslím, že on už teď nepije tolik alkoholu, bere léky pravidelně...“
(Sofie, 134)

„A v zásadě asi pomáhá to, že ani jeden z nás není úplně bez potíží, takže se dokážeme do sebe tak nějak vcítit a nějak to pochopit. Že máme každý nějaké svoje dny, ale jako neměnila bych.“
(Jitka, 268)

Naopak respondent Marek, který zkušenost s dlouhodobým vztahem po propuknutí onemocnění nemá, preferoval partnerku, která je sama zdravá a bez potíží.

„Asi bych nechtěl partnerku, která má podobný problém, asi bych chtěl zdravou.“
(Marek, 203)

Respondenti (4) dále uváděli, že mají rovněž ve vztahu vysokou potřebu **svobody** a **autonomie**, odpočinout si od partnera a mít čas jen na sebe.

„Měl by být takový prostě.... v některých věcech hrozně otevřený. Aby každému zůstalo trošku svobody. To samozřejmě není na škodu, když je člověk trochu v letech. Mít nějakého partnera a třeba být do ní i zamilovaný... a přesto tam zůstane nějaký prostor proto říct ne... Dneska ne. No i když často když ono se to dostane takovéto fáze, tak ono se to jakoby hůř dělá. Člověk by třeba chtěl ale nejde to.“
(Eduard, 278)

„Někdy si od něj ráda odpočinu, pojedu na dovolenou s jinými lidmi... tak se na něj pak zas těším. Občas je to takový protiklad že chci ho mít u sebe a pak zas nechci. Je to takový zvláštní rozpoložení.“
(Sofie, 240)

„(V tom vztahu se cítím) neskutečně dobře. Ale říkám, na trvalej vztah ne. Jo, to že máme prostě nějaký potěšení prostě z té své svobody .. ano, máme. Ale kroužek ne.“
(Lucie, 163)

Schizofrenie může klást na partnerské vztahy specifické nároky – například **neporozumění** partnerovi, kterému jsme do té doby rozuměli velice dobře, **nároky na zvýšenou péči o partnera** či pocit stigmatizace. Rovněž hospitalizace může být náročným obdobím pro partnerské vztahy a může být jejich zkouškou. Dva z respondentů uvedli, že po propuknutí nemoci se jim **rozpadl partnerský vztah**.

„Mám za sebou několik pokusů o sebevraždu. ... Ten druhý to vim přesně: pátek třináctého 1997. To se se mnou manžel rozvedl a přišel mi papír že se se mnou manžel rozvedl, to byla rána“
(Lucie, 75)

„No a přátelé co jsem měl když jsem byl zdravý do těch 28, chodil jsem sportovat, měl jsem přítelkyni ale prostě jsem tak ztratil kontakt s nima a tohleto... a asi by se o mě teď nezajímali. Mají vlastní nějaký asi svoje zájmy, já bych se s nima nemohl moc bavit ani jakoby o čem ani bych neměl na to peníze.“
(Marek, 136)

Partnerský vztah tedy může ovlivňovat osobní pohodu lidí se schizofrenií **velice pozitivně**, jeho absence či jeho náhlý zánik se však rovněž mohou stát **stresorem**, který na jedince působí.

„(Úzkostný jsem se cítil) dřív, no.... naposled když se se mnou rozešla přítelkyně.“
(Robert, 97)

Rodina

Dalším důležitým aspektem, který respondenti často zmiňovali, byla rodina. Její důležitost zmínilo osm z nich. Respondenti většinou projevovali přání mít **fungující rodinu**, která o ně bude

pečovat a kam budou **patřit**. Rodina by rovněž měla zajistit prostor plný **důvěry** a **bezpečí**, **zázemí**. Je také důležité, aby rodina **pochočila** stav daného člověka.

„Odtamtud právě máte tu pohodu to zázemí, tam se vlastně naučíte, jak se máte chovat – že je potřeba pracovat, že je potřeba se radovat taky, že záleží jakoby na prostoru i mimo tu rodinu... a v té rodině se všechno naučíte. Tam vlastně všechno získáte i to zázemí pro tu osobní realizaci. Vzdělání a tak dále... i potenciál jakoby, nejenom geneticky... Takže je to pro mě nějaké zázemí... Já to teď moc nemám, jsem na ubytovně sám...“

(Marek, 118)

„Asi pravděpodobně jejich podpora, že prostě... jakoby je fajn že mám někoho takhle vedle sebe, kterému jednak já můžu udělat radost, ale zároveň že se můžu spolehnout jakoby na rodiče. Takže mi to dává pocit nějakého bezpečí, nějaký jistoty.“

(Michal, 51)

„No že si můžu s někým popovídat... pak se tam taky cejtím tak bezpečně, to ano. Je tam pohodlí, opravdu.“

(Václav, 266)

Rodina dle výpovědí respondentů bývá první přirozenou záchytnou sítí, začne-li se onemocnění projevovat či dojde-li ke krizové situaci. Je přirozeným zdrojem **podpory** člověka. Michal zmiňuje zásadní roli v jeho započetí léčby onemocnění.

„No tak byli mi podporou vlastně nějakým způsobem... vlastně díky nim se to začalo nějak rychle řešit. Jako samozřejmě chvíli jim trvalo, než přišli na to, co mi je a tak. Ale bylo mi celou dobu dost podporou.... No asi že jsem se dostal k nějakým odborníkům, kteří mě vyšetřili a zjistili že mám nějaké duševní onemocnění. Takže rodina na to reagovala dobře. „

(Michal, 63)

O to více pak může být bolestivé, chybí-li podpora rodiny právě ve chvílích, které jsou pro člověka se schizofrenií nejtěžší. Čtyři z respondentů zažili, že se ve chvílích propuknutí onemocnění od nich rodina naopak odvrátila a odsoudila je, což se pro ně v té chvíli i v jejich dalším životě stalo dalším stresorem.

„No... se to změnilo hlavně po tom, co sem se léčil podruhé, potřetí... to mi jako řekli, že sem jinej.. ještě ta teta, ta pro to má pochopení, ale táta ten fakt ne. Prohlásil, že sem jeho největším životním zklamáním. Kvůli tomu onemocnění a kvůli tomu jak sem dopadl v životě..“
(Robert, 268)

„Tak já mám mamku jenom, táta mi umřelmám vlastně náhradního tátu bylo tam ze začátku nepochopení v rodině, furt viděli jenom samý problém, jen samý negativa. Napadaly mě a nadávali že jsem ztratila práci, že mám hrozného partnera... že se neumím postarat o sebe že furt nemám peníze to bylo taky hrozný, jsem měla tři čtvrtě roku bez peněz, protože mi neposílali nemocenskou tak jsem chodila na černo na pole abych měla.... máma mi prostě nedělala žádné úlevy. Ona vůbec nechápala tu mojí nemoc co se vůbec děje. A to i když je zdravotní sestra.“
(Sofie, 93)

„Ty hospitalizace byly vždycky nedobrovolný. máma třeba řešila i nějak právní cestou, abych se nemohla dostat z nemocnice, protože jsem chtěla pryč. Chtěla jsem podepsat revers. Tak mi řekla: Ty se nemáš kam vrátit. Já jsem neměla být, žejo, neměla jsme vlastní prostředky. Ty se nemáš kam vrátit, řekla. Musíš tady zůstat. To bylo takový jako drsný.“
(Sofie, 110)

Kromě potřeby, aby se o ně rodina postarala a poskytla jim bezpečný prostor, se u respondentů projevovala i potřeba svou rodinu **ochraňovat a pomáhat jí**. Tato potřeba byla nejsilnější u respondentů, kteří měli vlastní děti, nevztahovala se však exkluzivně jen na ně.

„Teď budu si brát sem vnučku, dcera to schválí a já si toho vážím. Dítě má otce ve výkonu trestu. Takže pro mě je důležitý, abych něco udělala pro mojí dceru a pro tu vnučku. Na sebe kašlu, to je jedno. Já jsem kdysi projezdila padesát tisíc kilometrů autostopem a teď je důležitý abych JÁ tu a tam odvedla něco s maximální pohodou a jistotou, že to tomu druhému pomůže.“
(Lucie, 46)

Chtěl bych se třeba o tátu víc starat, ale to nemůžu, protože sem invalida, a navíc na ubytovně, těch peněz není moc. Jakoby chtěl bych tu funkční rodinu, ale to je teď asi nereálný.
(Marek, 141)

Přátelské vztahy

Poslední důležitou skupinou vztahů, kterou respondenti uváděli, byli **přátelské vztahy**. V rozhovorech uvedlo sedm z nich, že považuje přátelské vztahy za důležité pro jejich osobní pohodu. Přátelé poskytují **podporu**, pocit **uznání**, prostor pro **sdílení zkušeností a emocí**. Rovněž fungují jako zdroj **zábavy** a podpora ve vyhledávání volnočasových aktivit.

„No určitě jsou pro mě hodně důležití. Tak je to fajn mít kolem sebe nějaké lidi se kterýma člověk rád tráví čas, jako by se s nimi pobaví a tak.“

(Michal, 91)

„...mám jakoby nějaké přátele který to o mně vědí a mají nějaký osobní vztah a přístup jakoby že do toho neregou nebo to a snaží se mi nějakým způsobem pomoc, abych jako vyrost a nějakým způsobem to překonal...“

(Marek, 272)

Podobně jako u partnerských vztahů a u rodiny, i v oblasti přátelství se objevovalo to, že po propuknutí onemocnění daného člověka přátelé opustili. Mnoho lidí následně nechce do přátelského vztahu tolik **investovat a pomáhat**, často se rovněž **změní zájmy** a povinnosti daného člověka, s čímž je spojená i **výměna sociálního okruhu**.

„No aspoň vim kdo je muj kamarád. Sice se to dá spočítat na prstech jedný ruky, ale aspoň vidim kdo je držák. To je dobrý sejto na přátelský vztahy takováhle nemoc. Si potom uvědomíte kolik lidí bylo s váma jen proto, že vás využívali, zneužívali.... byli taková ta placená klaka. Nebo si od vás pučujou pořád prachy a nevracej... nebo se nechaj pozvat na narozeniny. Sem měl narozeniny a bylo tam třicet lidí. Ted'ka dostanu tři esemesky a dvoje přání na facebook. To je rozdíl, co!“

(Robert, 405)

„No a přátelé co jsem měl, když jsem byl zdravý do těch 28, chodil jsem sportovat, měl jsem přítelkyni, ale prostě jsem tak ztratil kontakt s nima a tohleto... a asi by se o mě ted' nezajímali. Mají vlastní nějaký asi svoje zájmy, já bych se s nima nemohl moc bavit ani jakoby o čem ani bych neměl na to peníze.“

(Marek, 135)

Respondenti rovněž v tomto kontextu uváděli pocity **samoty**. Pět respondentů uvedlo, že se cítí **osaměle** a že by toužili po **větším společenském kontaktu**.

Stigmatizace

Se sociálními vztahy a místem ve společnosti úzce souvisí i stigmatizace a self-stigma. Sedm respondentů se se stigmatizací setkalo a vnímají ji jako problém. Rovněž ji prožívají jako něco, co výrazně ovlivňuje jejich **sebevědomí** a **sebeobraz**. Tito respondenti zmiňují, že poté, co u nich propuklo onemocnění či se okolí dozvědělo jejich diagnózu, se výrazně změnil jejich postoj k nim. Setkávali se s projevy **strachu**, **zvýšené opatrnosti**, **nepochopení** a **opovržení**. Člověk se tak ocitá na **společenském okraji** a je ze **společnosti vyloučen**.

„Sou to pro mě lidi na okraji společnosti, prostě sou blbý, sou vygumovaný, nemaj vlastní názor, může se zdát jako kdyby neměli žádnou inteligenci prostě je to odpaaad. Garbage.“
(Lucie, 315)

„Tohle já moc neřeším, myslím si ale, že si o nás myslej, že jsme asi dost pól. No jednoduše, že sme divný, nebezpečný, nemakačenka... takový ty věci.“
(Robert, 412)

„Já sem ti říkala, že jsem se ze začátku za tu nemoc hodně styděla, myslela sem, že mě ti lidi soudí pořád, že se mi vyhýbají na ulici...“
(Sofie, 255)

Jak bylo již řečeno výše, respondenti se nesetkávali s projevy stigmatizace a nepochopení jen v oblasti širší společnosti, ale i od **rodiny**, **přátel** či **partnerů**. Respondent Robert se dodnes potýká se silným nepochopením rodiny a přátel, kteří se od něho odvrátili.

„Že mě opustilo hodně známých a kamarádů, že se s tím nedokázali vyrovnat že sem jinej prostě, že žiju v nějakym iraconálním světě kde prostě někdy blábolim nesmysly, povídám si sám pro sebe, vidím nějaký věci či slyším věci co neexistujou, no... nebo žiju v nějakym smyšleným příběhu, kde sem nějaký agent, nebo nějaký spasitel světa kterej to tady drží všechno. Tak ono to trvá hodně dlouho než vám to vysvětlej že je to vaše iluze. ...A pak taky ztráta rodiny. Ta se s tím úplně nevyrovnala.“
(Robert, 373)

Respondenti tedy proto často z obavy ze stigmatizace a z odmítnutí druhými volí cestu **zamlčování** onemocnění, což v nich samotných posiluje **pocit nepochopení** a nemožnosti plného sdílení svých zkušeností.

„Venku já o té nemoci nemluví, nepochopili by to a ani o to vlastně nestojí.“
(Eduard, 114)

„Nebo jakoby tady s touhle nemocí se moc nechlubím, ono je to taky dost omezující mezi lidmi... na pokoji to třeba nikdo neví na ubytovně taky ne, když už tak říkám, že jsem měl nějaký deprese, kdyby náhodou viděli že beru nějaké léky nebo tohle... „
(Marek, 269)

Zaměstnání

Devět respondentů uvedlo, že je pro ně velice důležité zaměstnání. Zaměstnání je hlavně zprostředkováním **smysluplné životní role, seberealizace, motivace k činnosti, sociálních kontaktů** a finančního ohodnocení, z něž plyne **materiální zázemí**. Zároveň je však potřeba vybalancovat **činnosti** v zaměstnání a **odpočinek**.

Pro devět respondentů byl velice důležitý pocit **smysluplnosti**. Mají potřebu **pomáhat druhým lidem** a být **užiteční pro společnost**. Být v zaměstnání bez toho, aby naplnilo tuto jejich potřebu, je pro respondenty náročné.

„Osobní pohoda je pro mě o tom udělat něco pro druhé. Tak to cejtim já.“
(Lucie, 344)

„Je to složitý v práci máme hodně práce, ale vlastně to naplňuje mám dojem že dělám něco co někomu pomáhá, že ten svůj život jen tak nepromrham doma.“
(Sofie, 34)

„No měl jsem tam pocit nějakého uspokojení, kromě teda finančního hlediska taky vlastně nějaké smysluplnosti. Že mi to vlastně připadalo že těm lidem nějak pomáham... že mě rádi viděj. To je pro

mě třeba důležitý pocit. Cítil jsem se užitečný. Hodně podstatnější než nějaký ten výdělek. Jakoby nedělat to zbytečně.“
(Ondřej, 110)

Se smyslností úzce souvisle i pocit **seberealizace** – věnovat se činnosti, která respondentu **baví** a která jej **naplňuje**.

„Teda prostě zaprvé z těch důvodů finančních a za druhé proto že ta práce mě baví. Dostáváme dost velký prostor dělat to, co nás baví“
(Jana, 299)

„Samozřejmě jako rád se realizuju, takže když je trochu víc prostoru pro nějakou vlastní seberealizaci tak je to fajn.“
(Michal, 118)

S pocitem dobře využitého života a smyslné životní role souvisí i motivace k činnosti. Práce tuto **motivaci k činnosti** dokáže poskytnout.

„Že jen tak neležím... že mám nějakou činnost, že musím vstát, musím jít do práce podat tam nějaký výkon.“
(Sofie, 36)

„V tom je pro mě ta práce důležitá. A taky v tom že nejsem doma a jenom třeba neležím, uzavírám se do sebe... nebo tak. Že prostě dokážu nějakým způsobem fungovat a dělat něco co prostě podle mě má smysl.“
(Michal, 116)

Respondent Eduard také uvedl, že **práce** a **činnost** hraje zásadní roli ve zvládnutí jeho psychických stavů. Poskytuje mu platformu k tomu, aby se soustředil na daný úkol, což přehluší **nepříjemné myšlenky a hlasy**.

„Ten život pro mě byl takový nesnesitelný... No prostě takový..... Tady byly pořád ty myšlenky na sebevraždu, není to ale už tak intenzivní v tom smyslu že jsem se zaměstnal. že jsem jakoby ty nejhorší věci co vás pronásledují třeba ty hlasy tak se jakoby rozprostrou do té práce. To znamená že já na to nemusím tolik myslet. Myslím na tu práci a tím se vlastně dokážu zklidnit. Já tu práci

nutně potřebuji právě proto, takže kdyby mi někdo řekl cokoli tak já to prostě udělám. Nevím, jestli jsem vždycky úplně profesionální ale většinou se snažím vycházet dobře aspoň s tím nadřizným.

Když už nevycházím dobře sám se sebou“

(Eduard, 45)

S potřebou práce a smysluplné činnosti se však u všech respondentů, kteří byli v době výzkumu zaměstnáni (7), pojila zvýšená potřeba **odpočinku**. Tato skupina lidí je z důvodu svého onemocnění a **medikace** vystavena většímu riziku únavy. Zároveň psychickému stavu neprospívá, je-li překročena hranice zvládnutelné **únavy** a **stresu**, přičemž nejčastějším zdrojem těchto nepříznivých faktorů bývá právě práce. Z tohoto důvodu většina pracujících respondentů (6) v době výzkumu pracovalo na snížený úvazek. Jen jeden respondent uváděl práci na dvanácti-hodinové směny, přičemž to hodnotil jako příliš vyčerpávající a neprospívající jeho psychickému stavu.

„Zas na druhou stranu si nemyslím že je nutné abych se nějakým způsobem přetěžoval. Takže je pro mě důležité i nějaký prostor na odpočinek. Aby mi ho ten zaměstnavatel dal. Aby tomu rozuměl, proč to třeba chci... že se nechci flákat ale že musím být třeba opatrnější. Takže nějaká rozumná směs toho, aby člověk nebyl přetažený a zároveň aby měl co dělat a nějak jako fungoval.“

(Michal, 119)

„Měla jsem toho hodně v práci... Musela jsem furt něco řešit ještě přítel něco řešil... to bylo jako dost náročný no viróza a tak potřebovala jsem si odpočinout. Úplně stačí taky pět hodin denně pracovat....Chce to dát si občas vanu, zrelaxovat se skleničkou vína nebo cigáro nebo kafe. A jen tak prostě ležet v té vaně a relaxovat.“

(Sofie, 51)

Dalším faktorem, který úzce souvisí s prací a zaměstnáním, je **materiální zajištění**. Šest z respondentů uvedlo, že je to pro ně téma, které je pro ně v souvislosti s prací palčivé. **Invalidní důchod** (pokud na něj vznikne nárok) je **často natolik nízký**, že nepokryje materiální potřeby lidí se schizofrenií. Mnoho z nich je tedy nuceno vyhledat další možnosti přivýdělku a materiálního zajištění. Nemožnost získání vyhovující pracovní pozice pak vede k **materiální nouzi** a strádání, což má velice negativní vliv na osobní pohodu.

„Řeším taky existenční problémy malinko, to je třeba blbě. Když máte 3410 na celý měsíc, tak je to tak těch 90 Kč na den. Ještě občas ponožky triko koupit... boty jsem si musel koupit na Vánoce.“

(Marek, 226)

„Ale momentálně už si jakoby nemůžu najít práci, ve který bych se uplatnil. No.... která by mě zároveň bavila a kde bych si vydělal peníze, protože to mám komplikovaný protože mám ještě ten důchod druhého stupně, ale nepobírám ho. Jakoby že bych na něj měl nárok, ale nesplňuji podmínky toho pojištění. Takže to mám takový komplikovaný no... ztížený.“

(Ondřej, 100)

Nezaměstnanost a materiální nouze je dále často spojena s **obavami, úzkostmi** a **depresivními pocity**, jak uvádí respondent Ondřej:

„Momentálně se snažit, aby mě nevyhodili z úřadu práce. No to je ale hodně důležitý protože jinak bych šel hrozně dolů a nedovedu si to představit. ... jak bych to řešil, protože bych měl problémy najít si práci takovou abych z toho utáhl byt a živobytí. Protože jakoby nejsem zdravý a mám to omezení. Takže se snažím za každou cenu aby mě sousedi nevyhodili až mám z toho kolikrát hrozný deprese. Z toho jsou právě pak i ty úzkosti, jak sem říkal. Jakákoli prostě negativní věc... a zas je tam prostě vedoucí co mě nemá ráda tak mám obavu... takže tam to teď cítím takový jakoby tvrdý nebezpečný.“

(Ondřej, 227)

Autonomie

Sedm z respondentů uvádělo jako jeden ze zásadních předpokladů pro svou osobní pohodu **autonomii, svobodu a nezávislost**. Respondentka Jitka vnímá autonomii a svobodu jako základní podmínku pro minimalizaci stresu a úzkostí a jako klíč ke svému zotavení.

„... On teda vůbec nezpochybňoval, že já to nějak mám a naopak mi říkal ,že nemám žít v rozporu sama se sebou. Je pro mě důležité žít v souladu s tím, co chci já.“

(Jitka, 195)

„.... a uvědomila jsem si, že vlastně když jsem nucena snášet to, co je pro tu společnost přijatelný a normální, tak může být zdrojem té úzkosti.“

(Jitka, 209)

V odpovědi respondentů se rovněž objevoval důraz na přání **samostatnosti a zodpovědnosti** za svůj vlastní život. Tento pocit byl propojen s **hrdostí** na sebe a se **sebevědomím**, v případě,

že tento pocit chyběl, dostavovaly se pocity **zklamání** a **studu**. Soběstačnost a samostatnost je rovněž spojená s finančním zabezpečením.

„Ale jakoby trochu jsem se zlepšil.. jsem v Praze taky sám a zvládnou to všechno tak nějak že jo.

Nějaký problémy ale tak nějak to zvládám že jo vše funguje tak nějak v rámci možností, s přihlédnutím k tomu handicapu. A jakoby i s přihlédnutím k těm dalším věcem jako že ty peníze dostávám, že si je nevydělávám. Ale kromě tady toho se dá říct že jsem jakoby samostatný. To je právě to že kde je silný, vitální, zdravý tak zvládá být samostatný a potom ještě pomáhá spouště lidem kolem sebe, to je hezký pak.“

(Marek, 315)

„Ale já mám partnera, rodinu a dobré zázemí a tím si rozhoduji o svém životě sama.... To mi hodně pomáhá v tom sebevědomí.“

(Sofie, 63).

„Prostě je pro mě důležitý aby člověk byl schopnej nějak samostatnýho života, ne se nechal hýčkat a opečovávat.“

(Lucie, 133)

Soběstačnost a **samostatnost** je rovněž spojená s prací, která poskytuje základní finanční zabezpečení a následně finanční svobodu. U dvou respondentů Marka a Ondřeje, kteří momentálně zaměstnání z důvodu své diagnózy nejsou, se tento pocit projevil.

„Tak jak říkám když by se mi do budoucna podařilo něco s tou prací. Abych neměl ani ty obavy od toho úřadu práce jako že mě vyřadí a tak. Abych byl vlastně soběstačný. Ale to není úplně snadný cíl. A zároveň asi taky ne nemožnej. Snad.“

(Ondřej, 239)

Víra a spiritualita

Zvláštním oddílem, který u tří z respondentů nabýval velké důležitosti, je **víra** a **spiritualita**. Víra a spiritualita mohou být nápomocny ve **zvládání náročných životních zkušeností**, mohou dodávat životu **smysluplnost** a člověku tolik potřebný pocit **jistoty** a **bezpečí**. Silně věřící respondentka Jitka stavěla ve svých odpovědích víru na první místo.

„Ale jinak ta víra je pro mě to nejdůležitější, takže bez té víry by jinak nebylo nic podle mě. Nevím, jak to říct, v podstatě ta víra předurčuje ten život. Provází ten život a myslím si, že je to prostě nejlepší cesta.“ (Jitka, 305)

„To spojení s Bohem mi dává takový klid a jistotu že to prostě dobře dopadne. Že vše je jak má být, že ty věci jsou nějak a nějak budou, takže mi to dává i ohledně toho dítěte velký klid v tom, že vlastně si říkám „jako nehysterči, prostě jako uvidíš prostě třeba to bude všechno v pořádku“, že nemá cenu se zabývat tím, kde co může támhle vzniknout“ (Jitka, 327)

Hledání odpovědí na **spirituální otázky** a **otázky víry** bylo důležité i v procesu zotavení respondentů Marka a Roberta. Oba dva se zabývali zkoumáním a srovnáváním různých náboženských a spirituálních přístupů.

„To vychází všechno jakoby z těch názoru, duchovní zkušeností... z toho buddhismu a z toho křesťanství... Zajímám se o tady ty věci jakoby o spirituální věci... Tak už jakoby náboženství nebo jakoby samostatný... nějaký vyšší princip anebo takhle.“ (Marek, 104)

„No já sem takhle experimentoval se všim možným včetně buddhismu, zenovýho buddhismu.... Sem v tom dost lítal rok. Magií sem se zabýval... až mi z toho šouplo. Čet sem ty okultní knížky, magický obrazce, odříkávání...“ (Robert, 310)

8.2 2. výzkumná otázka

Jak lze zvýšit osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

Svépomoc

Na tomto místě se budeme zabývat tím, co respondenti se schizofrenií uváděli jako efektivní metody a přístupy, kterými sami sebe udržují spokojenými a kterými pozitivně ovlivňují svou osobní pohodu. **Proaktivní přístup ke své situaci a obecně k životu zmiňovalo 5 respondentů. Ve svých odpovědích varovali před rezignací a akceptací role nemocného a nemohoucího.**

„Protože ty lidi zhroucený a rezignovaný, co seděj jenom v těch křeslech a myslí si jenom jsem nemocný a mám to do konce života a nedá se s tím nic dělat tak ty to mají prostě těžké. Je to prostě těžký.“
(Jitka, 263)

„Ale jde o to, že člověk sám musí začít něco dělat s tou svojí situací, nikdo jinej to za něj neudělá. Je to holt prostě tak. Sám se musíš činit.“
(Lucie, 243)

„Hlavně to člověk nesmí vzdát. Je to tak, že s tím může někdo pomoci, ale nakonec se ten člověk prostě musí snažit sám, musí pro to své zotavení něco dělat. Je to v jeho rukou.“
(Sofie, 289)

S proaktivitou výrazně souvisí **pohyb a činnost**. Tuto metodu doporučovalo 7 z respondentů. Tři respondenti explicitně odkazovali na propojení psychického stavu s tím fyzickým. Při fyzické aktivitě dochází k utříbení myšlenek a eliminaci přebytkové tenze. Také pomáhá při odreagování a odklonění negativních myšlenek. Pohyb byl doporučován i v psychicky náročnějších situacích. Pohyb a aktivita obecně jsou rychlými a relativně spolehlivými metodami, jak ulevit své psychice a dlouhodoběji zlepšit svůj psychický stav.

„...jo pro mě jako pohyb v životě je jako velmi důležitý. A jako nějak tak trochu věřím že ten fyzický pohyb má nějakou souvislost s tím mentálním ... že třeba jako samozřejmě člověk se pořádně jako třeba unaví. Jo jako že když se na tom kole třeba pořádně projede nebo pořádně si zaběhá, tak se

mu samozřejmě vyplaví ty endorfiny a jakoby rázem je mu o něco líp. Je to celé vlastně ten propojený systém. Vlastně i s tou jógou jakoby člověk si jako zacvičí jógu, tak je pak takhle protože i mentálně se cítí líp... no... takže tak.,,
(Michal, 147)

„Udělám si takovou vycházku jak se říká na čerstvém vzduchu. Člověk se vyčistí, myšlenky si uspořádá, podívám se co mají pěkného v obchodě.“
(Eduard, 115)

„Když opravdu je mi zle, tak ne, já nekončím. Popadnu tenisovej míček a kopu s ním do prostoru a tak se odreaguju.... právě ten pohyb, nějaká aktivita... s holkou, sama, to je jedno.“
(Lucie, 65)

Pohyb a aktivita zároveň musí být vyváženy **odpočinkem, klidem a relaxací**. S tím také souvisí potřeba si své činnosti pečlivě rozplánovat tak, aby na odpočinek zbyl čas. Potřebu rozplánování si času uváděli čtyři respondenti.

„Já mám výhodu že teď bydlím u toho pána na tom Smíchově tak se tam dá spousta věcí jako vytvořit.. třeba opravit takže se můžu věnovat tomuhle. Zase je to takový odpočinek prací. Člověk by si měl v práci umět odpočinout.“
(Eduard, 145)

„Všechno mám na prvním místě, je to jakoby rozplánovat abych na všechno měla čas, i na odpočinek, na relax.“
(Sofie, 76)

Sedm z respondentů rovněž uvedlo, že se jim v praxi osvědčilo **pozitivní myšlení** – soustředění se na pozitivní věci v životě a nevěnování pozornosti těm negativním. To pomáhá při vypořádávání se se stresovými situacemi a přispívá k osobní pohodě. Zároveň zde byla v souladu se smyslností a touhou pomoci uváděna i touha pozitivně působit na ostatní, zvláště na ty, se sami potýkají s obtížnou životní situací.

„A důležitý – pokud sem já někde v kolektivu tak se budu snažit vám říkám šířit pozitivum. Pozitivní myšlení pro sebe i ostatní! To je důležitý.“
(Lucie, 349)

Jako že mi třeba někdo nepošle dávku, tak oni to nakonec vždycky pošlou... takže neřešit ty malichernosti a být jakoby pozitivní k těm věcem k tomu okolí co nejvíc. Jako nějak tak nad tím pozitivně přemýšlet.

(Marek, 342)

„...že když se člověk vnitřně naladí na to aby se ta komunikace nějak povedla, vlastně obecně cokoli, takže to na to má vliv. Nebo že prostě v momentě kdy je člověk pozitivně nastavený, takže to má vliv na tu celkovou pohodu vlastně z nějaký jakoby části. Jakoby ne úplně z moc velký části plácnu třeba pět deset procent... když se snažím něco přistoupit tak se snažím k něčemu přistoupit pozitivněj...“

(Michal, 195)

Dalším přístupem, který lidem se schizofrenií pomáhá v každodenním životě, je soustředění se na **přítomný okamžik**. U respondentů tak dochází k zamezení přílišným úzkostem a obavám a naopak je **oceňováno** to, co je na současné situaci **pozitivní**. Soustředěním na přítomný okamžik se buduje i **kontakt s okolním světem**. Tento přístup dále podporuje pocit **klidu** a **jistoty**. To, že je pro ně tento přístup důležitý, uvedlo pět respondentů.

„No cíle nevím, já se snažím žít jako spíš tou přítomností nějak..... Můžu být ráda za to co je. Takže prostě co bude bude. A vlastně se snažím žít spíš tou přítomností a mít tu trpělivost, to spojení s Bohem mi dává takový klid a jistotu že to prostě dobře dopadne. Že vše je jak má být, že ty věci jsou nějak a nějak budou, takže mi to dává i ohledně toho dítěte velký klid v tom, že vlastně si říkám „jako nehysterčí, prostě jako uvidíš prostě třeba to bude všechno v pořádku“, že nemá cenu se zabývat tím, kde co může támhle vzniknout.“

(Jitka, 322)

Pomoc okolí

Nyní se zaměříme na to, jak je lidmi se schizofrenií vnímána možnost pomoci od okolí a jak by okolí mohlo přispět k jejich osobní pohodě. Okolím je zde myšlena laická veřejnost – veřejnost širší, ale i přátelé a blízké osoby. Specifickým přáním ohledně partnerských vztahů a vztahů rodinných jsme se již věnovali výše, nebudeme tedy toto kategorie dále dělit. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že by od svého okolí potřebovali převážně **jistotu, akceptaci a toleranci**, což zde úzce

souvisí s **porozuměním**. Dále se projevoval důraz na **autonomii** a **svobodu** v mezilidských vztazích. Byla také vyjádřena potřeba **komunikace s okolím** a **vzájemného sdílení** prožitků a zkušeností.

Potřeba **akceptace** a **tolerance** se projevovala především vůči **nežádoucím účinkům léků** (únava, snížená pozornost, obezita) a pak také vůči **pozitivním příznakům schizofrenie**. Dále byla vyjadřována potřeba, aby jedinec za svou nemoc či za nežádoucí účinky léků nebyl obviňován a aby bylo **pochopeno**, že jde o nemoc. Potřebu tolerance a akceptace vyjádřilo 5 respondentů.

„Jde o to rozumět té nemoci, nevinit mě z toho, neříkat, že za to můžu já, že sem špatná. Důležité je uvědomit si, že jsem nemocná, a že spoustu těch věcí prostě neovlivním, ale že se hodně snažím. No a pak třeba samozřejmě říct, ty si dobrá v tom a tom, seš fajn, že s tím takhle bojuješ, ne aby to bylo o tom, že sem líná a neschopná. Asi aby se mi nesmáli a aby mi věřili. On i s tímhle se člověk někdy setká víš, s takovým až posměchem“
(Sofie, 234)

„Tak asi nějakou tu akceptaci, aby mě brali, jaký sem...Ale to je těžký, vlastně se teď necejtím, že bych jim mohl něco dát.“
(Marek, 140)

Další z potřeb, která byla vyjádřena, byla potřeba **autonomie** – tedy sice být s okolím v kontaktu, ale regulovat si množství komunikace a interakcí sám.

Poté, co jsme se zaměřili na oblast svépomoci a pomoci blízkého okolí, je nyní potřeba věnovat pozornost tomu, co zvyšuje osobní pohodu u lidí se schizofrenií v oblasti profesionálních služeb zabývajících se duševním zdravím. Oddíl bude rozdělen na dvě části – první se bude věnovat pracovníkům a druhá koncepcím, službám a přístupům, se kterými se respondenti v průběhu svého života setkali.

Profesionální pracovníci a jejich vliv na osobní pohodu lidí se schizofrenií

Všichni respondenti výzkumu uvedli, že vnímají jako velice důležitou **komunikaci s pracovníky**. Devět z nich uvedlo, že je pro ně důležité sdílení svých problémů s pracovníky. Čtyři respondenti uváděli, že pro ně byla klíčová především **důvěra** k pracovníkům a to, aby je daný

pracovník znal a znal jejich potřeby, které tak mohl lépe adresovat a naplnit. Je důležité, aby respondenti věřili v **upřímný zájem** pracovníka o jejich situaci.

„Člověk si to nechává hodně v sobě pak ty myšlenky. Ale tomu svému klíčovému pracovníkovi i svoji vedoucí jsem věřila, že mě mají rádi.“
(Sofie, 220)

„....takže vlastně jakoby co to pro mě bude znamenat za změny jsem si pak říkala, že když už vydrželi tak dlouho tak jako že tak možná že jim na tom záleží. No a tak jsem to teda jako zkusila. A od té chvíle se změnilo úplně všechno. Potom to bylo výrazně lepší to zacházejí tady.“
(Jitka, 65)

„No hlavně pan doktor, ten co k němu chodím... ambulantní no. Ten už ví jak na mě. Když mam nějaký záchvat tak zamkne dveře a zavolá sanitku. On ví, co mi má dát. Už na mě vyzkoušel všechno možný. S jakým odstupem, jaký dávkování...“
(Robert, 155)

Kromě důvěrného vztahu bylo také vnímáno jako důležité pro správnou komunikaci zvolení vhodného způsobu sdělování informací. Dva respondenti sdělili, že měli výrazný problém sdělit pracovníkům své emoce tak, aby si navzájem rozuměli. Bylo jim tedy umožněno využít jiných **forem komunikace**, což prohloubilo vzájemný vztah a umožnilo další postup při léčbě. Klientovi byl kromě toho dopřán pocit upřímného zájmu.

„No my jsme měli tam s tím ošetřujícím doktorem mym lékařem.... ten měl takovou prostě jakoby dohodu, že vždycky něco sepišu... Tak jsem mu to při té naší schůzce vždycky dal a on si to přečetl. A věděl třeba líp jakoby... jak se mnou zacházet. Takhle jsme byli domluvený, on nebyl proti, já taky ne... dobrý bylo že jsem na tom mohl třeba tři čtyři dny pracovat a pak sem mu to prostě dal. Pak on se třeba vrátil a řekl „Tak tady z toho vidím tohle, tohle...“ a najednou to bylo takové konkrétnější. Takže mě pomohlo že jsem si to mohl v klidu promyslet. A že mě u toho nikdo nesledoval.“
(Eduard, 237)

„Když jsem to neuměla říct co cítím tak psychologka řekla že to mám namalovat. Hodně mě zajímalo zachytit v přírodě ty pohyby, to pro mě bylo očišťující. Opravdu jí reálně zajímalo, co se ve mně odehrává a co s tím.“
(Jitka, 197)

Mnoho z respondentů (8) uvádělo jako podstatný **vstřícný** a **osobní přístup** pracovníků k jejich klientů. Jako důležité bylo také vnímáno to, aby měl pracovník na jednoho člověka **dostatek času** a mohl mu tak věnovat náležitou pozornost. Bylo oceněno, pokud se pracovník zajímal o **individuální charakteristiky, motivace a zážitky** daného člověka a nejen o jeho diagnózu. Zásadní je tedy **projev zájmu** o člověka jako o jedince a o jeho příběh.

„Nebo i když ten doktor jako by vlastně ten psycholog je nějakým způsobem jakoby přijímající a někdy dokáže člověka třeba dobře motivovat když člověk si třeba nevěří... tak on nějak pomůže vlastně se zase odpíchnout třeba řekne no ale vždyť to není takový, tady to jste zvládnul" a tak.... tak jakoby v tomhle je to pro mě dobrý no. „
(Michal, 274)

„ Takže mi pomohl vlastně jinej přístup, lidskej přístup...ale nějak ty lidi třeba rozpovídat, co je vedlo až sem, jaký mají potíže, jo spíš po tý lidské stránce. Jako povídat si lidsky naslouchat jim. Chápat je.“
(Sofie, 199)

Respondenti Marek a Robert vnímali jako **kontradikci k osobnímu přístupu** nastavování **hranic a limitů spolupráce**, což vnímali negativně.

„To jsou ty limity že oni vlastně nechtějí mít osobní přístup. Nebo že třeba i nevyjdou vstříc ohledně termínu... i když táta mě třeba říkal že možná akorát neměli volno. Nebo taky třeba moje pracovnice nechtěla zavolat k ortopedovi, protože jsem si myslel jakoby že ne že bych to úplně nezvládnul, ale že on si na mě třeba něco vymyslí a já jsem takový pomalejší tak ať tam zavolá, ale to ona řekla že ne že to zvládnou sám a že jsem svéprávný. No tak to já teda nevím. A takových věcí je víc. Jakoby mají své hranice, no.“
(Marek, 254)

„Nepříjemný, no... třeba člověk měl v noci hlad a ona nechtěla pytláčit v kuchyni chleba. A to mohla, to on se občas dával... nakrájel se na krajíčky a mohlo se chodit. A jedna ta kráva ta s tím vždycky dělala problémy. Byla nepříjemná, byla na šestadvacítce...“
(Robert, 260)

Respondenti (5) také považovali za esenciální, aby ji byly sdělovány **informace o léčbě** a medikaci, kterou berou. To jim pomáhá v **orientaci v léčbě** a v pocitu **jistoty a bezpečí**. Rovněž to pomáhá nastolit **důvěru** k pracovníkovi a k probíhající léčbě.

„Nebo se taky stalo že jsem měla ranní a v večerní léky a ptala jsem se jí sestry co to je, co mi to dáváte jsem se ptala prostě a bez odpovědi. Přišel dopolední lék a já říkám já mám dopoledne lék? Tak jsem šla a říkám tak mám ho mít nebo ne? A oni že ne ne ne, to neřešte. Takže mi dali prostě lék který jsem vůbec neměla dostat. Někdy se to tam asi stane. Vůbec tam nepodávají žádné informace.“
(Sofie, 151)

„Ocenil jsem pak jakoby nějakou otevřenost jakoby že vám všechno řeknou. A že jsou i k vám otevřený...“
(Ondřej, 193)

„...nebo řeknou mu třeba co by mu mohlo pomoci kromě těch léků. Tak to je jako pro mě dobrý no. Že opravdu jakoby neomezovat se jenom na ty léky, ale hledat vlastní nějaký jiný cesty jak pracovat jako vlastně jak s tím tělem, tak i s tou hlavou...“
(Michal, 270)

Vliv služeb a přístupů na osobní pohodu lidí se schizofrenií

Tato podotázka je primárně zaměřená na to, co respondenti se schizofrenií ve stávajícím systému péče o duševní zdraví ocenili za praktiky a přístupy a co jim naopak příliš nepomohlo. Respondenti byli vyzváni, aby přístupy vztahovali k rovině své nynější osobní pohody.

Nejvíce respondentů (8) zmiňovalo jako velice přínosnou **svobodu a autonomii** ve službách. To jim dává více kontroly nad svým osudem, z čehož pak vyplývá větší jistota, ale samozřejmě i zodpovědnost. Je nutné, aby si lidé se schizofrenií sami stanovovali, kudy se má jejich cesta ke zotavení ubírat a jakou bude mít formu.

„Prostředí, kde by ty lidi byli jen chvíli, a tam by se sledovali, vidělo by se jak reagují, spousta z nich to zvládne. Jestli chtějí brát léky, jestli je tohle vůbec zajímá, aby si vybrali nějaký svůj přístup.

Spiš jim jakoby něco nabídnout.“

(Sofie, 199)

„No tak vyhovuje mi že si do klubu můžu třeba přijít kdy chci. To jo. Nikdo mě tam k ničemu nenutí.

Můžu se rozhodnout sám, co budu dělat.“

(Ondřej, 217)

Osobní přístup a zájem o individuální potřeby klientů uvedlo u služeb šest respondentů. Je tím míněn převážně důraz na specifické potřeby jednotlivých lidí a to, že by služba na tyto potřeby měla být schopna pokud možno flexibilně reagovat. Pokud se toto mohlo u pracovníků projevovat například přizpůsobením stylu komunikace klientovi či adekvátní časovou dotací na zjištění potřeb a zájmů a navázání důvěry, pak se zde jedná především o nastavení, metodiku a rozšíření nabídky poskytovaných služeb.

„...nějak to pokrýt všechno, zohlednit, v jaké je ten člověk situaci a co chce... aby to bylo prostě nějak podle nich.“

(Sofie, 207)

„Tak zaprvé by se tam ty lidi zamejšleli nad tím, co ty lidi doopravdy potřebují. To je prostě základ. Nervali by tam do nikoho léky, pokud by je sám nechtěl, ale mezi náma takovejch asi moc nebude....“

(Lucie, 311)

Potřebu **komunikace** a **dialogu** uvedlo celkem devět respondentů. Šest z nich uvedlo, že jim pomáhá **psychoterapie** – tam mohou sdílet své pocity a zážitky, utříbit si je a nalézt v nich tak smysl a systém.

„Byl to vlastně jiný druh komunikace. A mně to víc sedlo. Mohl jsem s ním (s psychologem) vlastně mluvit o různých věcech. Najednou na to člověk není sám. Tak si to trochu protřídit, ty věci.

(Eduard, 247)

„Tak jakoby v tomhle je to pro mě dobrý no. Že to tak můžu říct někomu... Vlastně když slyším nějakou tu pozitivní odezvu nebo když mě někdo vyslechne a vlastně to přijme... no a jakoby a tak, tak to je pro mě dobrý.“
(Michal, 276)

Dalším důležitým aspektem, který respondentům ve službách připadal užitečný a pomáhající, byly **aktivity**, a to především **pohybové**. Tuto oblast služeb hodnotilo jako důležitou sedm respondentů. Přestože se jednalo většinou o sportovní činnosti (např. bazén, procházky, běhání), byly zmíněny i společenské hry nebo četba. Tyto činnosti slouží jednak k zábavě, za druhé však hlavně k **aktivizaci** lidí, kteří by jinak neměli produktivnější volnočasovou náplň.

„A já říkam já kdybych jednou měla nějaký vlastní sanatorium, tak tam bude bazén a ty lidi budou cvičit hejbat se budou plavat protože to je to pozitivní, ta energie když se do nich dostane no tak podle pohybu vidím jak na tom je. Já když jsem včera po třiceti letech vstoupila na to kluziště, no tak hrozný, ale pak sem se rozhejbal. A už to bylo o... čtyřikrát lepší!“
(Lucie, 302)

„No tak asi spousta věcí na jednom místě, spousta nabídek a nějakých možností, třeba těch aktivit a sport a tak...“
(Michal, 260)

Mnoho z respondentů se shodlo na tom, že služby by měly lidem se schizofrenií poskytovat i **praktickou a materiální pomoc**, neboť mnoho z nich část žije jen z velice omezených prostředků či se na určitou dobu ocitne bez domova. Služby by tedy měly podporovat či poskytovat **chráněné bydlení**, není-li to možné, pak alespoň poskytnout základní materiální zázemí pro důstojný život člověka (koupelna, pračka, skříňky na uložení věcí...) Respondenti také zmiňovali doprovody či podporu v sociálních záležitostech a pomoc s braním léků.

„No pokud možno osobní přístup. Spíš je totiž možnost tak no že nejsou peníze zase na to aby se daly třeba těm klientům... možná asi zase trošku něco jiného. Když ne to, tak alespoň třeba levné ceny, možnost vyprání, oblečení zdarma... aby ty lidi, co za to nemůžou, měli nějakou svou důstojnost.“
(Marek, 290)

„... i s praktickými věcma pomůžou, třeba pomůže zařídit i banku to já jsem třeba si vždycky ale uměla zařídit sama. Nebo bankovní účty. Nebo když přijde nějaký úřední dopis zařídit si důchod. Nebo se člověk taky může bát si dojít do lékárny pro léky.“
(Sofie, 170)

Všichni z respondentů se shodli na tom, že zažívají velice **nepříjemné vedlejší účinky medikace** (únava, útlum, pokles výkonnosti kognitivních funkcí, tloustnutí). Šest respondentů uvedlo, že jim léky zároveň pomáhají. Kritika přehnané medikace u respondentů většinou souvisela s kritikou současného systému péče o duševní zdraví. Respondentům spíše vyhovovala depotní forma medikace, neboť při ní nemusejí na užívání léků myslet.

„No nejvíc mi vadily ty vedlejší účinky těch léků, dýchání a tloustnutí. Jsem předtím byla taková hubená jsem měla 50 kg a pak jsem měla o 20 kg víc. To bylo šílené, nateklá, no prostě hrozný. To nebylo jako ani tuk, tam byla zavřená nějaká voda nějaké hnusy z těch léků to bylo pro mě blbý. A pak taky spíš hlavně to, že nemůžeš dýchat nemůžeš se nadechnout. Chrčíš jak kdybys měla epilepsii. Jsem chodila s tím svým bývalým přítelem ten z toho měl úplně šok jsem vyplazovala jazyk a nemohla jsem ho zandat. To bylo hrozný jako slintáš třeba a tak. Oči ti jdou nahoru a teď mimika, křeče... No hrozný to bylo asi to nejhorší.“
(Sofie, 297)

„To byste koukala, opravdu je to neskutečně nepříjemný, s těma lékama... prostě nemůžete se nastratovat. Vy máte někde bejt a teď: Ježíš já sem si zabouchla klíče. Ale říkám, ba ne, musím tam doject, doufám že mám aspoň lítačku, klíče to vyřeším přes sousedku až přijde z práce tak jí hodím kamínky na okno tak mi otevře. To jsou věci kdy je člověk opravdu na dně.“
(Lucie, 286)

Někteří z nich však zároveň uváděli, že léky jsou **prevencí proti pozitivním příznakům a hospitalizacím**.

„...neříkám že léky jsou vždycky důležitý pro někoho třeba ne, ale já bych bez nich už asi nebyla. Hlavně kvůli tomu abych zase nešla do nemocnice nebo abych neslyšela ty halucinace, deprese... tak je radši беру.“
(Sofie, 142)

8.3 3. výzkumná otázka

Jak se liší pohled pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví od pohledu samotných osob se schizofrenií na jejich osobní pohodu a možnosti jejího zlepšení?

Níže budou uvedeny výsledky kvalitativních rozhovorů s respondenty z řad pracovníků. V tabulce č. 10 lze nalézt sumarizaci pěti nejdůležitějších potřeb, které dle jejich názoru nejvíce ovlivňují osobní pohodu lidí se schizofrenií – jedná se o potřeby, které respondenti napsali druhé fázi rozhovoru na papírky. V průběhu rozhovorů se však nutně vynořilo ještě mnoho dalších témat, které jsou zahrnuty ve výsledné analýze. Tabulky s přehledem výsledků analýzy rozhovorů s pracovníky lze nalézt v příloze č. 5.

Potřeby	Počet respondentů
Blízké sociální vztahy	8
Materiální zázemí	7
Smysluplné aktivity	7
Sociální inkluze	6
Péče	5
Komunikace s okolím	3
Seberealizace	2
Fyzické zdraví	2
Postoj k nemoci	2
Víra	1
Medikace	1
Rovnováha	1
Ocenění	1

Co ovlivňuje osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

Sociální vazby

Podobně jako u respondentů se schizofrenií i v odpovědích pracovníků dominovaly **mezilidské vazby**. Devět participantů z řad pracovníků to vyzdvihlo jako důležité téma. Pracovníci často vyjadřovali názor, že tato skupina lidí často trpí **osamělostí a izolací** a že je pro ni důležité, aby zůstala v kontaktu se svými blízkými a bylo jí umožněno navazovat kvalitní sociální vztahy. S intimními vztahy se úzce pojila potřeba **zázemí a jistot**, kterou v rozhovorech vyzvedlo sedm z dotázaných pracovníků. **Rodina a rodinné vazby** byly mezi pracovníky (7) považovány pro lidi se schizofrenií a pro jejich zázemí jako nejdůležitější.

„Intimní vztahy jsou pro mě naprosto základem jakéhokoli lidského života... tady ta láska která ty v intimních vztazích podle mě je jakoby solí života, věc, která se potom hledá hrozně těžko. Člověk je osamělý a vlastně neví co se sebou, i nějaký ten smysl se pak vlastně hůř hledá, není pro koho hledat, pokud někomu nezáleží na vás a vám nezáleží na nikom. Myslím tím teď třeba hodně vztahy v rodině – samozřejmě matka otec sourozenci, ale může to být i třeba někdo jiný třeba babička nebo děda, nebo i hodná teta....“
(Jiří, 75)

Rodina má dle pracovníků poskytovat **podporu, zázemí a materiální a finanční zabezpečení**. Také slouží jako **primární kontakt s reálným světem**, je-li to potřeba. Pracovnice Marie však ve svém rozhovoru varovala před přílišnou péčí a starostlivostí některých rodičů o své děti, které v průběhu života obdržely tuto diagnózu:

„Maminka ho totálně zdeformovala. To si udělala malinkého chlapečka, kterého ona si vodí, vždycky ho přitáhne, ona je naparáděná... a jemu není vůbec nic ale má jenom schizofrenní efekt. Mladý hezký kluk No teď je mu asi 25, ataka tak v 18, 19, dostal důchod a matka z toho teď žije. Další ataku nemusí mít a třeba nebude mít. Možná že měl šanci být úplně normální....“
(Marie, 157)

Rodiny mají tedy před sebou nelehký úkol zvážit, co je nutná podpora pomáhající v osobnostním růstu a co již danému člověku škodí. Pracovníci dále uváděli i další blízké vztahy – **přátelství** (4) a **partnerství** (3), ani jeden z nich však nebyl považován za tak významný jako vztah s rodinou.

Potlačení pozitivních příznaků

Jako další prioritu pro osobní pohodu lidí se schizofrenií vnímali pracovníci **potlačení pozitivních příznaků**. Halucinace a bludy byly vnímány jako zdroj velké **úzkosti** a **neklidu** a jako velká **překážka pro běžný život**. Tuto oblast akcentovalo osm pracovníků. Pro většinu z nich to představovalo něco náročného a těžko zvladatelného.

„Já si myslím, že u nich to ještě může být hodně ovlivněný tím, že to vidí skrze ty symptomy, to mám dojem, že tam hodně může tu situaci ovlivnit... který sou v danou dobu období přítomný nebo ne...“
(Štěpánka, 15)

„Tak samozřejmě ty pozitivní projevy té nemoci tu jsou - teď mluvím třeba o nějakých halucinacích, hlasech, které můžou být subjektivně prožívám jako velmi nepříjemné, rozhodně dost trvá než se s tím člověk naučí pracovat. Tohle já si třeba vůbec nedovedu představit a obrovsky smekám před každým kdo to umí.“
(Bohdan, 26)

„Taky si myslím, že hodně na to můžou mít vliv, jestli ten člověk zrovna má halucinace, nebo ne... spousta z nich to podle mě prožívá opravdu hodně nepříjemně, a on ten obsah toho často příjemnej není... krom tedy toho, že to člověka připravuje o pozornost...“
(Tereza, 35)

Smysluplnost, seberealizace

Pracovníci rovněž kladli důraz na pocit smysluplnosti a seberealizace. Sedm z respondentů z řad pracovníků uvedlo, že je tato oblast důležitá. Smysluplnost je pro pracovníky něco, kde se daný člověk může oprostit od role pacienta a vzít na sebe smysluplnou životní roli. To je pak vázané na zaměstnání daného člověka, ať už placené či neplacené, a na jeho roli ve vztahu k druhým lidem. Je tedy důležité, aby on byl vnímán jako někdo, kdo má pozitivní a výrazný vliv na životy druhých.

„No to je hlavně proto, že si myslím že lidé se schizofrenií jsou často redukováni do role pacienta, do toho nemocného. A tahle role třeba pro ně vůbec není motivační, neslouží k tomu, aby na sobě začali pracovat a odvíjeli ten lví díl práce, co je potřeba k zotavení. Zato v práci třeba, která jim bude dávat smysl a budou si díky ní sami sebe vážit, tak to už je něco docela jiného... ale ta role

nemusí být jen pracovní, může být i v rodině, v mezilidských vztazích – parter, manželka, matka, babička, dědeček, strejda.... i třeba vlastně kamarád, to je důležitá role, na kterou se podle mě často zapomíná. A najednou už nejsou pacient se schizofrenií, ale jsou třeba dědeček.“

(Bohdan, 60)

„No tak to je třeba pro mě když se jakoby zadaří tomu člověku sehnat nějakou práci nebo když si o jí sežene sám, která ho vlastně nějak baví, naplňuje a on si tam vlastně přijde i užitečně a zároveň to samozřejmě i nějak zvládá i prakticky.“

(Irena, 189)

Smysluplná životní role pak souvisela i se **seberealizací**, která byla spíše než na vztah k ostatním a ke společnosti orientována na vnitřní uspokojení a svobodu kreativního projevu daného člověka. Byla rovněž spojována s **aktivitou, činností**, ale převážně s tím, co člověka baví, na rozdíl od smysluplnosti, jejíž cíl směřuje spíše k užitečnosti.

„Pro někoho to může být třeba já nevím že skládá puzzle pro někoho to může být to že se věnuje umění lidé mají často právě hrozně zajímavé představit mají hrozně zajímavou imaginaci a opravdu mě baví sledovat to co oni tvoří. Tam si třeba myslím že je to zásadní vlastně dát jim nějaký ten prostor vytvořit jim ho aby vlastně oni se tam mohli realizovat, aby mohli dělat to, co je baví a co je naplňuje...“

(Jiří, 134)

Stigmatizace a self – stigma

Sedm z pracovníků zdůrazňovalo, že výraznou roli v životě lidí se schizofrenií hraje **stigmatizace**. Ta se dle nich projevuje především **odmítáním** lidí se schizofrenií, jejich odsuzováním a **vyhýbáním se jim**. Nevztahuje se jen na širokou veřejnost, která daného jedince nezná, ale i na lidi, kteří s ním měli před onemocněním velice blízký vztah – pracovníci zmiňovali například právě rodinu. Setká-li se jedinec s touto diagnózou s takovýmto přístupem, snadno pak dojde k **sebestigmatizaci**.

„No stigmatizace... to s tím vlastně celým tak prolíná. Krom jakoby těch samotných příznaků té nemoci se ty lidi musejí potýkat ještě s tímhle, což je vlastně věc která jim ovlivní celý život, vlastně úplně každou oblast. Že se s tím něco těžko dělá, jak je to tady všechno všude rozrostlý.“

(Tereza, 74)

„S tohle diagnózou vás potom spousta lidí opustí, bojí se toho, štítí se... se spoustou lidí, se kterými jsme se bavil, to tak skutečně je, nejen, že je opustili známí, ale třeba právě ta rodina... to pak musí hodně bolet... nerozuměli tomu, co se děje, nevěděli, jak s tím naložit...“

(Felix, 54)

Pracovníci také mluvili o tom, že schizofrenie je duševním onemocněním, které se potýká s **nejsilnější stigmatizací**. Je to dáno především tím, že schizofrenie představuje často pro veřejnost něco **neznámého, nebezpečného** až děsivého a je **těžké jí porozumět**. Výrazná stigmatizace lidí se schizofrenií se dle pracovnice Štěpánky objevila i u **pracovníků v pomáhajících profesích**:

„Myslím si, že všechny tyhle slova... maj na tom poli toho duševního zdraví... ty největší negativní konotace... jestli něco má největší stigma, tak je to určitě schizofrenie... hodně to slyším i ve svém odborném prostředí.... ti, co třeba nepracují s lidma s duševním onemocněním... tak i v této skupině je to velké tabu, něco zahalené tajemstvím. Že je to všechno strašně těžký, až nepochopitelný, nepředstavitelný.“

(Štěpánka, 66)

„...ono je pravda, že ta schizofrenie má až takový děsivý nádech, něčeho neuchopitelného... to ty lidi může děsit si myslím.“

(Felix, 54)

Materiální zázemí

Mnoho oslovených pracovníků (7) mělo rovněž za to, že pro lidi se schizofrenií je důležité **materiální zázemí**, a to ve smyslu jak kvalitního a klidného **bydlení**, tak **finančního zabezpečení**. Materiální zázemí bylo úzce spojováno s pocitem **bezpečí** a **jistoty**, který dle většiny (8) pracovníků této skupině chybí. Nenaplnění této potřeby může být dle pracovníků zdrojem **úzkostí** a může mít velký dopad na osobní pohodu daného jedince.

„...tak samozřejmě i nějaká ta materiální pomoc, třeba pomoc s hledáním bydlení nějaká finanční pomoc když je nejhuř, aby člověk třeba nemusel přespávat pod mostem nebo na té proslavený lodi, že jo.“

(Milan, 81)

„To si představuju jako nějakou oporu, že je o co se opřít....vlastně sem si to představila v tý šíři toho, že se můžu opřít o to, že mám ušetřených pět tisíc...a budu mít třeba na další nájem... pak taky, že nevlažu v tý společnosti, ale vim, že jsou tu věci, který mě dokážou podržet, a nepustit na to největší dno...”

(Štěpánka, 85)

Jak lze zvýšit osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

V tomto oddíle pracovníci odpovídali na otázku, jak mohou profesionálové zabývající se duševním zdravím přispět k osobní pohodě lidí se schizofrenií. **Styl komunikace** přispívá dle pracovníků k osobní pohodě lidí se schizofrenií. Důležité je to, aby vznikla adekvátní platforma ke **sdílení** často těžkých či choulostivých životních situací. Důvěru lze nastolit **pozorností a zájmem** věnovaných klientovi, **dlouhodobou spoluprací a znalostí jeho osobního příběhu a vřelými projevy pochopení a akceptace.**

“Vztah se buduje prostě na základě nějaké důvěry, často to hodně dlouho trvá, občas se ale i stane že se s někým potkáte a hnedka víte že to bude dobré. Je to jako venku jako mimo službu.”

(Jiří, 220)

„Tak v první řadě asi jakoby zájem. Je to těžké jako by samozřejmě mít zájem o x lidí, ale ty lidi okamžitě poznaj když ten zájem nemáte. To pak pro ně musí být vlastně dost ponižující a nepříjemné. Podle mě úplným základem je si sednout a nějak tak aspoň trochu vyslechnout ten jeho příběh, co ho sem přivedlo.”

(Tereza, 115)

K dobré komunikaci dle pracovníků přispívá i to, pokud se v sobě pracovník **vyzná** – neboli dokáže identifikovat své emoční a myšlenkové pochody, popřípadě s nimi i vhodně pracovat. Toto uvedli čtyři pracovníci.

„...člověk by měl hlavně hodně dobře znát sám sebe. Ta práce není psychicky nenáročná a je potřeba si uvědomovat některé své pochody, což nám tak může dát jistý náhled na naše chování i ke klientům, že.“

(Hanka, 143)

„No není to úplně snadný, je potřeba si toho být furt vědom, udržovat se nějak ve střehu... být si vědom toho, jako máte náladu ten den, co by s tím mohlo ještě všechno zamíchat... no tak je nad tím potřeba přemýšlet...“

(Felix, 126)

Sedm z oslovených pracovníků uvedlo, že je důležité si nastavit **hranice** vůči jejich klientům – převážně pak z důvodu **vedení k samostatnosti a autonomii**. Zároveň však může jít i o **ochranu** daného pracovníka. Často byl vnímán jako náročný konflikt mezi vřelým a osobním přístupem a zároveň nutností být schopen některé požadavky svých klientů odmítnout. Bylo to však všemi respondenty z řad pracovníků, kteří to v rozhovorech zmiňovali, považováno za prospěšné a nutné.

„Napadá mě takový to, že prostě asi by chtěli abychom jim ve všem vyhověli, což ale samozřejmě nejde.“

(Milan, 146)

„Zároveň teda si myslím že je důležité aby uměl ten pracovník nějak u toho opečovat i sám sebe. Na to se podle mě často zapomíná – takový to jakoby humanistický hledisko dává akcent převážně na klienta a dává ho tam správně, ale nikdy není možné zapomenout i na tu druhou stranu. Ten pracovník to chvíli musím dát jakoby na dva lidi – na klienta a na sebe.“

(Tereza, 124)

Pracovníci by nadále měli být schopni **motivovat** jedince se schizofrenií k **produktivě a aktivitě**. Tato oblast byl zdůrazňována především z důvodu útlumu, který většina z těchto lidí zažívá buď z důvodu nežádoucích účinků antipsychotik, nebo kvůli negativním příznakům samotného onemocnění. Důležité je však zároveň tyto lidi k ničemu nenutit a aktivity a činnosti jim nevnučovat – došlo by tak k narušení **rovného přístupu** a nerespektování jejich **autonomie**.

„...ale ono taky každého motivuje něco jiného, jo, pro někoho to může být třeba to že chce vidět své dítě, že chce vidět svojí dceru, že jim chce vlastně nějak přispět - tak to toho může člověka takto motivovat k aktivitě.... já si vlastně čím dál tím víc myslím že ono tam jde vlastně o to jakoby najít tu motivaci, co toho člověka vlastně bere, co ho baví...“

(Irena, 93)

„No že vlastně nejsem jakoby krok před ním a že za něj nedělám žádný kroky a že ho nikam jakoby netlačím... ale on je režisérem těch věcí.... motivovat jo, ale netlačit...“

(Štěpánka, 116)

Vliv služeb a přístupů na osobní pohodu lidí se schizofrenií

Mezioborovou spoluprací a komplexnost nabízených služeb jako důležité hodnotilo sedm z dotazovaných pracovníků. Jedná se především o poskytnutí široké nabídky služeb, které jsou navzájem provázané. Člověku je tak umožněno, aby si vybral z nabídky služeb to, co potřebuje – vzniká tak **flexibilní služba** vyhovující **individuálním potřebám** každého jedince. Dále je mezioborová provázanost rovněž výhodná z důvodu pružnějšího sdílení informací mezi jednotlivými specialisty.

„Dál bych si představovala mezioborovou spoluprací - to si myslím že by mohli chtít i samotní schizofrenici. Lepší spoluprací psychiatr a psycholog sociální pracovníci... a zdravotní sestry taky samozřejmě by tam patřily....“

(Hanka, 104)

„Asi bych to nevyzdvihovala na nějaký jednotlivý oblasti, je to celek, kterej se navzájem doplňuje a u někoho prostě je to víc o potlačení symptomů... o medikaci, pro někoho zas o porozumění nemoci, něco hlubšího, ta psychoterapie... no a pro někoho třeba nějaká sociální práce. Je to takovej koláček, že kterýho si každě potřebuje ukousnout různě.“

(Štěpánka, 105)

Sedm pracovníků také označilo za důležitý trend v oblasti služeb pro lidi s duševním onemocněním vedení klientů k co největší **autonomii** a **zodpovědnosti** za svůj zdravotní stav. Nejen že je tento přístup již nestaví do role podřízených, předává dokonce moc za zotavení do rukou člověka, který onu nemoc zakouší. V jedinci tak vzniká větší **pocit kontroly** a následně i **sebevědomí**. S tím se však samozřejmě pojí i závazek **zodpovědnosti**. Vedení klientů k větší autonomii ve službách zlepšuje i jejich šance na zapojení do většinové společnosti takovým způsobem, který jim bude vyhovovat a podpoří jejich cestu ke zotavení.

„A já osobně, nebo přijde mi to funkční to takhle mít, vnímám toho samotného člověka jako nejdůležitější součást tohohle týmu, ostatní mu můžou pomoci, ale je to prostě vždycky hodně na něm. A i on z toho bude mít jiný pocit, když to bude dělat podle sebe, než když jenom bude plnit něco, co mu předsali ostatní.“

(Bohdan, 121)

„No tak prostě co největší samostatnost. To by podle mě měl být vlastně cíl všech těch služeb, že jak vytvořit aby ten člověk nebyl závislý na těch službách, aby vlastně se bez nich potom mohl pohybovat a třeba nějak se toho člověka snažit zapojit do té reality do toho okolního světa do toho okolního společenství“

(Jiří, 200)

Jako další byla vnímána **medikace** – jako důležitou složku léčby ji uvedlo osm z deseti dotázaných. Medikace byla považována za **účinný nástroj potlačení pozitivních příznaků**, zároveň však byly ostře vnímány její **nežádoucí účinky**, které mají velký vliv na osobní pohodu lidí se schizofrenií. Pracovníci dále uvádějí, že jejich klienti nechtějí brát léky právě z důvodu nežádoucích účinků, jako je zvýšená únava, útlum, apatie či tloustnutí, se kterými je nutné dále pracovat, například skrze aktivizaci.

„No kdyby se mohli zbavit těch léků tak by ty léky taky nechtěli.. tak to jako taky na ně se snaží vymknout, jestli už by to mohli přestat brát, což je ale špatně protože je to na roky ta medikace...“

(Marie, 200)

„Ty prášky oni brát moc nechtějí a musí se k tomu hodně motivovat, což ono se nelze čemu divit, tam, kde už je problém často, tak ho ty medikamenty ještě prohlubují... ale zase nechtějí končit v nemocnicích.... Ale myslím si, že ty prášky jim stěžují život hodně, skrze ty svoje vedlejší účinky – únava, tloustnutí, což může mít právě vliv na to sebevědomí.“

(Bohdan, 104)

Kromě farmakoterapie byla považována za důležitou i **psychoterapie**. Pět z pracovníků uvedlo, že je pro lidi se schizofrenií dle jejich názoru užitečná. Pomoci může hlavně v **ujasnění** si svého postoje k sobě a k nemoci a ve **sdílení** pozitivních i obtížných prožitků.

„No tak řekl bych že asi nějaká ta terapie no... když někdo dochází pravidelně na psychoterapii, může se mu v ledasčem ulevit, minimálně to má s kým sdílet, spíš se tak může ve spoustě věcech posunout... Třeba v tom jak na věci nahlíží jak je řeší, jak třeba řeší vztahy s lidmi, představit že tam vznikají některé náročné situace, o třeba dobré se pobavit. Člověk se může cítit nějak odmítaný, opuštěný, nejistý... tak tohle tam probrat.“

(Milan, 123)

Jako další z užitečných přístupů byla zmiňovaná **psychoedukace** – pracovníci uvedli, že pomáhá sbližovat jedince se schizofrenií s jejich rodinami, přičemž k tomu dochází skrze informovanost ohledně nemoci a vzájemné porozumění .

„To je třeba hodně důležité, nějaká psychoedukace rodin. To může ten přístup pak hodně změnit, a nějaký ten vliv na tu osobní pohodu to rozhodně má pro toho klienta a já věřím, že třeba i pro ty rodiče. Najednou jim to nabídne úplně jiný pohled na věc.“

(Bohdan, 90)

„Myslím si, že zvlášť tato skupina lidí je hodně ohrožená izolovaností, je proto důležité pomoci jim udržet v jejich životy ty, na kterých jim záleží. Rodinu, přátele... myslím si, že hlavně rodina v tomto může hodně pomoci. Může sloužit i jako první alarm toho, že je něco špatně, že třeba dochází k relapsu... proto je třeba důležitá ta psychoedukace rodin, dochází tam vlastně k pochopení té druhé strany. „

(Pavel, 91)

Pracovníci rovněž vyzdvihovali jako užitečný kognitivní trénink. Za užitečný pro proces zotavení jej v rozhovorech označilo rovněž pět pracovníků.

Výsledky práce

1. Výzkumná otázka

Co ovlivňuje osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

V této oblasti dominovaly sociální vztahy či jejich absence v životě respondentů se schizofrenií. Většina z nich projevila touhu po kvalitním partnerském vztahu, který by pro ně byl zdrojem podpory a bezpečí, bylo by ro ně však žádoucí si v takovémto vztahu zachovat svou autonomii. Dalším důležitou oblastí blízkých vztahů byla rodina, která byla vnímána jako zdroj důvěry, bezpečí a zázemí. Rovněž byly uváděny přátelské vztahy. Jako klíčové bylo viděno pochopení od blízkých lidí, dále pak podpora, poskytnutí pocitu bezpečí a uznání.

Respondenti rovněž uváděli, že se ve svých životech často setkávají se stigmatizací. Pociťují, že na ně ostatní nahlíží s opatrností či pocity opovržení, nepochopení a strachu. Kvůli svému onemocnění se tak ocitají na okraji společnosti. Takovéto reakce společnosti vyvolávají u osob se schizofrenií zamlčování svého stavu a silné self-stigma.

Dalším důležitým aspektem ovlivňujícím osobní pohodu byla smysluplnost a seberealizace. Smysluplnost byla výrazně vnímána jako možnost pomáhat druhým a být jim oporou, či být užitečný společnosti obecně. Potřeba seberealizace pak pokrývala touhu dělat to, co jedince baví a naplňuje. Naplnění těchto potřeb bylo často spojováno se zaměstnáním.

Další oblastí potřeb bylo materiální a finanční zajištění a zázemí, to bylo spojováno s jistotou a s bezpečím. Nedostatek hmotných prostředků či nejistota v jejich získání byly vnímány respondenty se schizofrenií jako zdroj úzkostí a výrazného snížení osobní pohody.

Jako velice důležitá byla vnímána lidmi se schizofrenií autonomie. Respondenti vyjadřovali potřebu svobody a nezávislosti na lécích, lidech či službách a žít si svého života dle vlastního tempa a hodnot. S tím se pojila i touha po samostatném životě a zodpovědnosti za svůj život.

2. Výzkumná otázka

Jak lze zvýšit osobní pohodu u lidí se schizofrenií?

V oblasti svépomoci se jednalo především o proaktivní přístup ke své situaci a vyhýbání se rezignaci, dále pak pohyb a činnost, což však musí být vyváženo odpovídajícím odpočinkem a relaxací, s čímž souvisí také plánování času. Dále pak respondenti uváděli pozitivní přístup k životním událostem a soustředění se na přítomný okamžik.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že by od svého okolí potřebovali převážně jistotu, akceptaci a toleranci, což zde úzce souvisí s porozuměním. Dále se projevoval důraz na autonomii a svobodu v mezilidských vztazích. Byla také vyjádřena potřeba komunikace s okolím a vzájemného sdílení prožitků a zkušeností.

V oblasti pomoci od pracovníků všichni respondenti výzkumu uvedli, že vnímají jako velice důležitou komunikaci s pracovníky a sdílení svých problémů i radostí s nimi. Klíčové je zde navázání důvěrného vztahu, zvolení vhodného způsobu komunikace s klientem a vstřícný a osobní přístup. Jako důležité také bylo vnímáno to, aby pracovníci sdělovali adekvátní informace o probíhající léčbě a o dalších možnostech léčby.

V oblasti služeb a přístupů většina z respondentů se schizofrenií toužila po větší svobodě a autonomii klienta, přičemž by byl kladen důraz spíše na spolupráci klienta a pracovníka než na autoritářskou pozici pracovníka – odborníka. S tím se pojila i akcentace proaktivity klienta ve službách a přijetí větší zodpovědnosti. Dále byl podobně jako u pracovníků kladen důraz na respektování individuality klienta a zaměření se na jeho specifické potřeby. S tím souvisel i prostor pro sdílení, komunikaci a dialog. Na základě přesvědčení, že pohyb a aktivita pomáhá ve zotavení a ve zvládnutí některých náročnějších psychických stavů respondenti hodnotili jako přínosné, aby služby takovéto možnosti nabízely. Respondenti si dále přáli klid a pocit bezpečí ve službách a materiální a praktickou pomoc. Poněkud kontroverzní otázkou se stala medikace – všichni respondenti zmiňovali nežádoucí účinky, jen někteří však uváděli, že jim antipsychotika pomohla.

3. Výzkumná otázka

Jak se liší pohled pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví od pohledu samotných osob se schizofrenií na jejich osobní pohodu a možnosti jejího zlepšení?

Podobně jako respondenti se schizofrenií dávali pracovníci důraz na sociální vazby a blízké vztahy jako na zdroj podpory a bezpečí. Pracovníci nadále velmi akcentovali pozitivní příznaky onemocnění jako něco, co výrazně ovlivňuje, mezi osobami se schizofrenií však na tuto oblast takový důraz kladený nebyl. V odpovědích pracovníků se rovněž objevila výrazná potřeba smysluplnosti a seberealizace. Odpovědi lidí se schizofrenií se však v této oblasti orientovaly především na pomoc druhým či užitečnost pro společnost, což je aspekt, který v odpovědích pracovníků obsažen nebyl. Závažnost stigmatizace byla rovněž oblast, na které se obě skupiny shodly. Pracovníci k tomuto dále uváděli, že schizofrenie patří mezi onemocnění s největším stigmatem a je vnímána jako neznámá a nebezpečná. Jako problematické rovněž obě skupiny vnímaly materiální zabezpečení.

Jako velice důležitá byla vnímána správná komunikace s klienty – taková, která vzbudí důvěru, působí vřele a vstřícně. Lidé se schizofrenií také dle pracovníků mohou benefitovat z toho, když se pracovník sám v sobě vyzná, je schopen identifikovat své myšlenkové pochody a emoce. Pracovníci však rovněž upozorňovali na nutnost stanovování hranic a pravidel, které je třeba držet, což respondenti z řad osob se schizofrenií ve svých odpovědích neprojevovali, někteří to dokonce vnímali negativně. Také jako velice důležitou vnímali schopnost motivovat své klienty k aktivitám, k praktickým krokům a k participaci na zotavení, což rovněž nebyla oblast, kterou by lidé se schizofrenií v rozhovorech uváděli jako svou potřebu.

V oblasti poskytovaných služeb a možností jejich zlepšení byla za velice důležitou považována mezioborová spolupráce – psychiatři, psychologové, zdravotní sestry i sociální pracovníci by spolu dle oslovených pracovníků měli spolupracovat na jednotlivých klientech a jejich cestě za zotavením. Toto přání ve skupině respondentů se schizofrenií projevono nebylo. Dále byla jako důležitá medikace, která přispívá hlavně k tlumení pozitivních příznaků. Pracovníci si však jsou vědomi nežádoucích účinků, se kterými je třeba dále pracovat, například právě aktivizací a motivací k činnosti. Za užitečný rovněž považují především kognitivní trénink, psychoedukaci rodin a psychoterapii. V neposlední řadě většina z nich vyjádřila názor, že služby pro lidi s duševním onemocněním by je měli vést k co největší autonomii a připravit je co nejlépe na samostatný život, což je rovněž potřeba, která se objevila v odpovědích respondentů se schizofrenií.

9 Diskuse

Tato kapitola si klade za cíl kriticky zhodnotit použitou metodologii výzkumu – proces sběru dat, výběr použitého vzorku respondentů z řad lidí se schizofrenií a pracovníků v oblasti duševního onemocnění a průběh výzkumných rozhovorů s těmito dvěma skupinami. V druhé části budou následně probrány výsledky výzkumu a porovnány s výsledky ostatních studií, které se zabývaly tímto tématem.

Pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní metodologie, která nejlépe odpovídá stanoveným cílům výzkumu. Konkrétní metodou byly kvalitativní polostrukturované hloubkové rozhovory, které jsou vhodné k uchopení tématu v celé jeho šíři a zároveň nám poskytují co nejvíce kontextu ke správné interpretaci získaných dat. Rozhovor byl doplněn o dotazníkovou metodu SWN, jenž byla rovněž kvalitativně analyzována, neboť počet respondentů a jejich různorodost v tomto výzkumu neposkytl podklady k dostatečně kvalitní kvantitativní analýze získaných dat, což však ani nebylo cílem výzkumu.

Vzorek byl vybrán metodou samovýběru a kontrolovaného výběru, což poskytuje nepopíratelné výhody, pojí se s tím však i mnoho metodologických rizik. Výhodou je samozřejmě to, že respondenti byli motivováni a měli o sdílení svých zkušeností na toto téma zájem, bylo tedy možné s nimi hloubkové rozhovory vést a získat tak cenné informace, zároveň však byl tímto vzorek ochuzen o právě ty potenciální respondenty, kteří jsou méně motivováni k participaci na různých aktivitách a jejichž názor tak často není slyšen. Jednalo se tedy již převážně o lidi, kteří své zkušenosti měli do značné míry zpracované a neměli tedy obavu z toho je sdílet.

Jak již bylo řečeno, vstup osob do výzkumného vzorku byl dobrovolný, a to jak pro pracovníky, tak pro osoby se schizofrenií. Důvodem pro účast na tomto výzkumu mohl být zájem o danou problematiku, touha sdělit své zkušenosti a zážitky či finanční odměna.

Jedním z limitů tohoto výzkumu je nepochybně počet participantů – výzkum by mohl benefitovat z toho, kdyby bylo kvalitativních rozhovorů provedeno více. I přes snahu o rovnoměrné rozdělení mužů a žen toho ani u jedné skupiny nebylo dosaženo, v ani jedné ze skupin však jedno pohlaví nezabíralo významnou většinu. Přenositelnost výsledků studie tedy může být omezena malým počtem participantů, je proto indikován další výzkum v této oblasti.

Samotný průběh samotných rozhovorů a sběr dat byl rovněž vystaven některým komplikacím. V mnoha případech respondentů se schizofrenií měly symptomy onemocnění výrazný vliv na získané rozhovory. Většina respondentů se schizofrenií považovala rozhovor za vyčerpávající a v druhé polovině na nich již byla viditelná únava, což mohlo přispět ke zkracování odpovědí. U respondentů byly rovněž patrné problémy přesně vyjádřit a udržet svou myšlenku. Potíže rovněž nastaly u některých respondentů v oblasti vyjadřování a popisování vlastních emocí. Mnoho osob mělo také potíže s udržením pozornosti během celého rozhovoru. Ze strany výzkumníka tedy bylo potřeba pružných reakcí na jednotlivé způsoby komunikace a na jednotlivé situace. Otázkou také zůstává míra náhledu jednotlivých respondentů. Koncept tohoto výzkumu byl vystaven na tom, že se bude zabývat subjektivním pohledem osob se schizofrenií na jejich vlastní situaci. U některých respondentů se však ukázalo jako problematické srovnání jejich subjektivního hodnocení situace a některých objektivních faktů. Nedostatek náhledu může být způsoben symptomy schizofrenie. V tomto kontextu je tedy nutno se zamyslet nad tím, nakolik je nedostatek náhledu pro výzkum osobní pohody, jejíž úhelnou charakteristikou je to, že je subjektivní, relevantní problém.

Respondenti se schizofrenií rovněž vnášeli do rozhovorů těžká témata, která často mohla svádět k tomu, aby se rozhovor stal spíše terapeutickým než výzkumným. Bylo tedy do značné míry náročné udržet tyto hranice. To mohlo být dáno tím, že spousta z respondentů neměla mnoho jiných šancí sdělit své pocity a názory na svou situaci. Ne každý je schopen a ochoten využít platformy k tomuto určené, například psychoterapie. Na základě rozhovorů však bylo patrné, že sdílení je něco, co může této cílové skupině chybět. I toto tedy mělo na výslednou formu rozhovorů značný vliv.

Dalším problematickým faktorem pro obě skupiny respondentů mohla být desirabilita. Zvolená forma sběru dat je v tomto považována za obzvláště rizikovou, neboť je výrazný rozdíl v tom, zda vyplňujete dotazník bez vědomí toho, kdo jej bude vyhodnocovat a bez přímého kontaktu s tímto člověkem a mezi tím, když tento člověk sedí proti vám a je vaším přímým komunikačním partnerem. I v běžných konverzácích lze vnímat přirozenou touhu stavět se do lepšího světa, při kvalitativním rozhovoru je tedy nutno s touto možností zkreslení dat počítat.

Obecně je nutné zohlednit při sběru dat přímý kontakt respondenta s výzkumníkem. Lze jen těžko předvídat, jak bude respondent na výzkumníka reagovat. Ani při nejlepší snaze se tak nelze vyhnout tomu, že respondent některé údaje zatají či pozmění.

V rámci kvalitativních rozhovorů tedy jde vždy o setkání dvou lidí. To přidává do celého výzkumného procesu množství proměnných, které není možné udržet všechny pod kontrolou, zároveň to však této výzkumné metodě propůjčuje její specifickou a výjimečnou výtěžnost.

Interpretace dat byl náročný proces, neboť do něj byly zahrnuty veškeré názory a tvrzení respondentů. Tyto informace byly okódovány a roztrženy, nejprve u každého respondenta zvlášť a následně u celého souboru. Jako problematické lze vnímat to, že kódování bylo prováděno jen jednou osobou, a tedy i přes pečlivost a neustálé srovnávání kódů a rozhovorů se nebylo možné vyhnout subjektivnímu pohledu výzkumnice. Výzkum by nepochybně benefitoval z toho, kdyby se na interpretaci dat podílelo více osob, což by eliminovalo zkreslení subjektivního pohledu výzkumnice.

Pro zvýšení validity výzkumu byla použita metoda triangulace – v polostrukturovaných rozhovorech byly použity různé formulace otázek, které se dotazovaly na tutéž problematiku. Kromě rozhovoru byly využity dotazníkové metody.

Respondenti se schizofrenií nespojovali své potřeby a touhy pouze se svým onemocněním, ale spíše se svou celkovou životní situací, jak již potvrdilo několik výzkumů předtím (např. Gunnmo, Bergman, 2011, Foldemo et al., 2004).

Zásadní význam sociálních vztahů pro osobní pohodu lidí se schizofrenií ve shodě se zjištěními tohoto výzkumu uvádějí Boydell, Gladstone a Crawford (2011). I další autoři výzkumů z posledních let se shodují na tom, že sociální vztahy jsou pro osobní pohodu osob se schizofrenií zásadní a mají velký význam pro jejich zotavení (Topor et al., 2006, Stain et al., 2012, Eglit, 2018, Lloyd. Lloyd, Fitzpatrick and Peters, 2017). Důležitost sociálních vztahů s důrazem na vztahy partnerské byla potvrzena i výzkumem Lencuchy a jeho kolektivu (2008).

Mnoho z respondentů v tomto kontextu reflektovalo pocity stigmatizace a sebestigmatizace. Zažívali pocity opovržení, strachu a odmítnutí. Faith, Jewel Sommerville, Origoni a Frederick (2002) uvedli, že lidé se schizofrenií se setkávají s předsudky a urážejícími komentáři od sousedů a známých a rovněž se cítili být zdiskreditován svým obrazem v médiích. Projevovali velké obavy ohledně toho, že budou ostatními negativně

vnímání, což ústilo v odmítání komunikace o nemoci, což koresponduje se zjištěními tohoto výzkumu. Další studie zabývající se stigmatizací lidí s duševním onemocněním (Lundberg, Hansson, Wentz a Bjorkman, 2008) ukázala, že lidé s psychotickým onemocněním mají nejvíce zkušeností s odmítnutím, což bylo signifikantně spojováno s jejich sníženou kvalitou života. Owen (2012) uvádí ve svém výzkumu, že lidé se schizofrenií se setkávají s názory, že jsou agresivní a neproduktivní členové společnosti. Což následně vede i k sebestigmatizaci a zatajování svého onemocnění a následnému snížení sebevědomí a důvěry ve své schopnosti (Corrigan et al, 2011). Stejně názory bylo možno slyšet i od respondentů v této studii, a to jak od lidí se schizofrenií, tak od pracovníků.

Výsledky výzkumu rovněž indikují potřebu smysluplného zaměstnání a seberealizace pro osoby se schizofrenií. To pro ně byla cesta k dosažení samostatnosti, dále se zde odrážela potřeba osobních nadějí a dosažení osobních cílů, což je důležitým komponentem osobní pohody. Tento faktor adresují i jiné výzkumy, které dokládají důležitost zaměstnání a zdůrazňují jeho benefity, zvláště jedná-li se o práci na běžném místě, která zohledňuje jedincovy potřeby, jako je například potřeba adekvátního odpočinku (Bond et al., 2001). Nejdůležitějším faktorem pro osobní pohodu je dle výzkumu Dicka a Sherperda (1994) vědomí, že je jejich práce důležitá. K podobným výsledkům dochází i Yilmaz, Josphehsson, Danermark a Ivarsson (2009), kteří uvádějí, že nejdůležitějším aspektem práce pro lidi se schizofrenií je právě její smysluplnost a pocit, že jsou užiteční pro druhé.

Dalším zajímavým zjištěním, které by mohlo naznačovat směr dalšího výzkumu, je to, že nejnížší osobní pohodu vykazovali právě respondenti, kteří byli momentálně bez zaměstnání (Ondřej a Marek). Tuto situaci na základě uvedených informací v rozhovorech vnímali jako velice tíživou, lze tedy předpokládat, že tato skutečnost může mít výrazný vliv na jejich osobní pohodu. Na základě získaných dat však tyto závěry nelze zobecňovat, vhodný by zde tedy byl kvantitativní výzkum, který by se zaměřil na důležitost zaměstnání v životě lidí se schizofrenií a na determinanty ovlivnění osobní pohody u těchto jedinců (specifikace zaměstnání, protektivní faktory v nezaměstnanosti atd.).

Potřeba autonomie a svobodného rozhodování o svém životě se ve výsledcích tohoto výzkumu silně projevila. Autonomie je nepochybně jednou ze základních složek osobní pohody. Lidé se schizofrenií mají často pocit, že jim tato svoboda řídit svůj vlastní život chybí. Důležitost autonomie pro osobní pohodu lidí se schizofrenií potvrzují ve svém výzkumu i Rupcheva a Morozova (2017). Důležitost autonomie a svobodného rozhodování pro osobní

pohodu a zotavení lze nalézt i ve výzkumu Weisman de Mamaniho a kolektivu (2016). Této oblasti se dle našeho názoru však v současnosti nevěnuje příliš pozornosti, je zde tedy indikován další výzkum, který se zaměří právě na vztah autonomie a osobní pohody u psychotických onemocnění. Lloyd, Lloyd, Fitzpatrick a Peters (2017) rovněž ve svém výzkumu potřeby osob se schizofrenií uvádí velkou důležitost autonomie a nezávislosti, převážně pak v rámci dlouhodobých životních cílů.

V oblasti přínosu medikace nebyly výsledky výzkumu jednoznačné – všichni z respondentů se schizofrenií uváděli, že je v běžném životě omezují nežádoucí účinky léků a snižují tak jejich osobní pohodu. Čtyři respondenti zároveň uvedli, že je pro ně medikace důležitou součástí léčby a že jejich osobní pohodu zvyšuje, přičemž to se dělo převážně z důvodu potlačení nepříjemných pozitivních příznaků onemocnění. Je však možné, že někteří z respondentů potlačení pozitivních příznaků nezmiňovali, neboť pro ně byly již zvládnuty a není to pro ně tedy nyní v současnosti palčivé téma. Možným závěrem je také to, že pozitivní příznaky pro ně nepředstavovaly téma ani před medikací, otázkou by však zůstávalo, proč medikaci i přes její výrazné nežádoucí účinky užívají. Zde by mohlo být důvodem například zabránění další hospitalizaci či sociální akceptace. Bylo by tedy vhodné se respondentů na účinky medikace doptat (v čem přesně se změnil jejich život od počátku užívání léků, z jakého důvodu je berou, zda u nich došlo k potlačení pozitivních příznaků onemocnění atd.). K objasnění této problematiky by byl vhodný další výzkum se zaměřením přímo na medikaci a její pozitivní a negativní účinky na osobní pohodu lidí se schizofrenií.

Ve vztahu k pracovníkům byla patrná potřeba důvěry a sdílení svých problémů s nimi. S tím nadále souvisel vřelý a otevřený přístup pracovníků. Tyto závěry se objevily i v práci Gunnmo a Bergmana z roku 2011 – na základě výpovědí lidí se schizofrenií zde zdůrazňují potřebu kvalitních vztahů s profesionály pro lidi se schizofrenií a sdělují, že je to jeden z důležitých nápomocných instrumentů k zotavení. Jako významné bylo vnímáno i to, kolik zájmu věnují pracovníci svým klientům a zda na ně mají dostatek kapacity, s čímž dále souvisel individuální přístup (Topor, 2004, Topor et al., 2006). To bylo rovněž ve shodě s poznatky pramenícími z tohoto výzkumu. Dále pak Svedberg, Jormfeldt a Arvidsson (2003) zjistili, že schopnost pracovníka věnovat svou pozornost klientovi jakožto unikátnímu jedinci, naslouchání, porozumění a flexibilita ve způsobu komunikace pomáhalo zlepšit zdravotní stav klientů ve službách. Jedním z jejich dalších zjištění bylo, že dlouhodobá kontinuální spolupráce a znalost klienta byla pro respondenty důležitá k vybudování důvěry a podpoření vztahu s daným profesionálním pracovníkem.

Po srovnání pohledů pracovníků a lidí se schizofrenií vyšlo najevo, že pracovníci stejně tak jako lidé se schizofrenií akcentují holistický pohled na člověka. Obě skupiny zdůrazňovaly sociální vztahy, smysluplnou činnost a seberealizaci a výrazné negativní důsledky stigmatizace. Pracovníci však přidávali větší důležitost potlačení pozitivních příznaků schizofrenie než sami klienti. Tento rozdíl mohl vzniknout tím, že respondenti z řad klientů již byli na své příznaky uvyklí a uměli s nimi zacházet. Je také možné, že pracovníci stále vidí pozitivní příznaky jako dominantní a se schizofrenií si je okamžitě spojí. V rozhovorech se rovněž vyskytla odpověď, že pozitivní příznaky vadí spíše okolnímu světu než samotnému jedinci, který je prožívá – pracovníci je tedy mohou brát jako komplikující, zatímco klienti je jako problematické nevnímají.

Osoby se schizofrenií naopak na rozdíl od pracovníků zdůrazňovaly důležitost autonomie pro svou osobní pohodu. Autonomie je nutně velice palčivou otázkou pro tuto skupinu lidí, neboť jsou z důvodu své diagnózy často objektem různých restrikcí či odsuzování ze strany společnosti – jinými slovy často nemohou žít svůj život tak, jak by ho žít chtěli. Je tedy přirozené, že tato potřeba v jejich odpovědích vyvstala jako aktuální. Pracovníci možná tuto potřebu tolik nezdůrazňovali, neboť je stále velice zažitý obraz lidí se schizofrenií jako někoho, kdo musí být ve svých turbulentních nápadech a projevech omezován, což může být především z nedostatku náhledu, který může i způsobit to, že si dotyčný člověk sám uškodí. Je tedy potřeba jisté regulace jejich autonomie. Rozpor mezi výraznou potřebou autonomie a častým nedostatkem náhledu je nepochybně velice palčivou etickou otázkou, nad kterou by se měla psychiatrická péče zamýšlet znovu a znovu. Rozhodně je však dobré si tuto potřebu u lidí se schizofrenií uvědomovat.

Již v roce 1998 dospěl Slade a kolektiv k podobným výsledkům – pracovníci akcentovali spíše potřeby spojené přímo s onemocněním, jako je potlačení pozitivních příznaků, kdežto jejich klienti zdůrazňovali spíše potřebu pomoci v oblasti informací ohledně léčby, navazování sociálních vztahů a sexuality. Hansson a kolektiv (2001) potvrzují ve svém výzkumu potřebu navazování a udržení sociálních vztahů – tato potřeba byla akcentována jak lidmi se schizofrenií, tak pracovníky, což je ve shodě se zjištěními tohoto výzkumu. Klienti dále uváděli, že potřebují pomoc hlavně v oblasti navazování blízkých vztahů, zatímco pracovníci viděli jako nejpalčivější oblast pozitivních příznaků schizofrenie a pomoc v oblasti denních aktivit. Ve výzkumu vedeným výzkumníky Converselym a Ardissonem (2001) se klienti a pracovníci shodli na oblastech, ve kterých je nejvíce zapotřebí pomoci –

psychotické symptomy, psychologická zátěž, asistence s provozem domácnosti a mezilidské vztahy.

Další studie zkoumala vztah mezi naplněním potřeb lidí se schizofrenií a kvalitou jejich života (Hansson, 2003). Zde byla nalezena signifikantní korelace mezi nenaplněnými potřebami klientů a nízkou kvalitou jejich života. Největší dopad na kvalitu života měly nenaplněné potřeby v oblasti sociálních vztahů.

Tyto studie tedy v souladu se zjištěními tohoto výzkumu indikují to, že pracovníci mají větší tendence vidět potřebu pomoci u oblastí přímo spojených s onemocněním, jako jsou pozitivní příznaky nemoci, zatímco lidé se schizofrenií spíše akcentují potřebu pomoci v oblastech denního života. Obě skupiny vidí potřebu asistence u sociálních vztahů. Potřebám, které osoby se schizofrenií samy identifikují, by měla být věnována zvýšená pozornost, neboť mají obzvláště vysoký dopad na kvalitu jejich života (Hanssen, 2003, Hanssen et al., 2002).

Dále by bylo jisté zaměřit se v dalším výzkumu na profesionální pracovníky, kteří nemají humanitní vzdělání, jako jsou například psychiatři či zdravotní sestry a na jejich názory na tuto problematiku. Bylo by vhodné srovnat, nakolik se budou lišit od názorů lidí se schizofrenií i od humanitně vzdělaných pracovníků. Stejně tak se lze ve výzkumu zaměřit výlučně na pracovníky přetrvávajících zařízení typu psychiatrických nemocnic, která mají rovněž nepochybně svá specifika.

Z výsledků vyplývá, že prioritou pro služby, které si kladou za cíl zlepšit osobní pohodu lidí se schizofrenií, by mělo být zaměření na trénink navazování a udržování sociálních kontaktů. Dle našeho doporučení by tedy měla psychosociální intervence zahrnovat nácviky sociálních situací a rozvoj sociálních dovedností. V oblasti problematických rodinných vztahů je pak velmi vhodná psychoedukace, která může zabránit mnohdy zbytečnému rozpadu přirozené podpůrné sítě daného člověka.

Na sociální vztahy má významný dopad sociální kognice (Bartholomeusz, Allot, 2012). Deficit v této oblasti může značně ovlivnit schopnost osob se schizofrenií navázat a udržet si blízké vztahy. V této oblasti je tedy indikován další výzkum.

Přehled sociálních intervencí v České republice zmiňuje Furmaníková (2011) ve své přehledové práci. Psychiatrická zařízení v České republice využívají některé programy, které

zohledňují tuto potřebu osob se schizofrenií. Tyto programy jsou zaměřeny převážně na rehabilitaci samotného deficitu kognitivních funkcí. Aktivita posilující sociální dovednosti obsahují spíše doplňkově (například program Student občanského sdružení Baobab nebo trénink kognitivních funkcí od Green Doors, popřípadě i integrovaný psychoterapeutický program v Denním sanatoriu Ondřejov).

Nemožnost navázat kvalitní blízké vztahy a pocity odmítnutí a opuštění rovněž úzce souvisí se stigmatizací. V současné době je nedostatek dat o míře stigmatizace lidí s duševním onemocněním v Čechách, nicméně výzkum Winklera a kolektivu (2014), který na základě dotazníků srovnával stigmatizaci v České republice a v Anglii ukázal, že v České republice je míra stigmatizace lidí s duševním onemocněním oproti Anglii vysoká. Vystává zde tedy výrazná potřeba destigmatizačních kampaní. V současné době jich v České republice probíhá několik – například edukativní kampaň pro studenty středních škol Blázníš, no a? či nová kampaň Na rovinu, kde lidé se zkušeností s duševním onemocněním sdílí své zkušenosti.

10 Závěr

Tato diplomová práce byla věnována osobní pohodě u lidí se schizofrenií a možným způsobům jejího zlepšení. V teoretické části bylo popsáno, jaké specifické vlivy působí na jedince v rámci tohoto onemocnění, dále pak epidemiologie schizofrenie, její etiologie a symptomatologie. Popsána zde byla rovněž oblast sociální a možný deficit v oblasti sociální kognice a metakognice. Práce rovněž uvádí některé metody léčby, které se používají v současné době. Další část teoretické části byla věnována osobní pohodě, jejím modelům, známým determinantám a způsobům měření.

Druhou část diplomové práce tvoří empirická část, která obsahuje výzkum osobní pohody u lidí se schizofrenií a možností jejího zvýšení. Výzkum využívá kvalitativní metodologii. Získaná data od respondentů se schizofrenií byla následně srovnána s daty od pracovníků v oblasti duševního zdraví. Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že lidé se schizofrenií jako výrazné determinanty své osobní pohody vnímají sociální vztahy (vztahy partnerské, rodinné a přátelské), dále pak smysluplné zaměstnání a autonomii. Jejich onemocnění a postoj společnosti k němu (stigmatizace) jim však výrazně komplikují cestu k naplnění těchto potřeb. Jako možnosti zvýšení své osobní pohody pak viděli převážně komunikaci s lidmi a sdílení svých potíží, akceptaci a toleranci společnosti, pozitivní myšlení a zajištění autonomie a svobody. Pracovníci hodnotící osobní pohodu u lidí se schizofrenií pak rovněž akcentovali potřebu sociálních vztahů, smysluplnost a seberealizaci a negativní účinky stigmatizace, jako jedny z priorit však na rozdíl od respondentů se schizofrenií vnímali potlačení pozitivních příznaků onemocnění a materiální pomoc. Jako možnosti zvýšení osobní pohody u této cílové skupiny rovněž vnímali komunikaci a sdílení či autonomii a zodpovědnost, dále však považovali za důležité nastavení hranic a medikaci.

Přestože se tedy obě skupiny v mnoha oblastech shodovaly, je stále zapotřebí klást důraz na dialog mezi nimi a na co nejotevřenější komunikaci o potřebách lidí se schizofrenií a možnostech jejich naplnění.

Dále je potřeba lépe prozkoumat oblast sociálního fungování u osob se schizofrenií, neboť úspěchy v sociální sféře jsou jednou z nejdůležitějších determinant osobní pohody pro tuto skupinu. Následně je pak potřebné se zaměřit rozšíření a zkvalitnění psychosociálních intervencí. Se sociální oblastí úzce souvisí i potřeba adekvátních destigmatizačních kampaní,

neboť právě stigmatizace a self-stigma mohou mít výrazný vliv na mezilidské vztahy lidí se schizofrenií a na jejich sebevědomí a sebeobraz. Dále je vhodné, aby pracovníci a služby zabývající se oblastí duševního zdraví měli při terapeutických intervencích na paměti potřebu autonomie, kterou rovněž vnímaly osoby se schizofrenií jako velice důležitou pro svou osobní pohodu.

11 Seznam použitých zdrojů

- Arana, G. W. (2000). An Overview of Side Effects Caused by Typical Antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(8), 5-11.
- Bae, S.-M., Lee, S.-H., Park, Y.-M., Hyun, M.-H., & Yoon, H. (2010). Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia: Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. *Psychiatry Investigation*, 7(2), 93–101.
- Bak, M., Fransen, A., Jassen., J., van Os, J., Drukker, M. (2014). Almost All Antipsychotics Result in Weight Gain: A Meta-Analysis. *PloS One*, 9(4).
- Bankovská Motlová, L., Španiel, F. (2017). Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta.
- Bauer, G. F., Hämmig, O. (2014) Bridging Occupational, Organizational and Public Health: 179 A Transdisciplinary Approach. Dodrecht: Springer Science+Business Media.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1–9.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., Grant, P., (2008). Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy. New York: Guilford Press.
- Blanc, J., Boyer, L, Le Coz, P. (2014). Metacognition: toward a new approach to wellbeing. *Quality of life research*. 122, 405-413.
- Blanchflower, D. G., Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*. 88 (1), 1359–1386.
- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I. (2005). Psychosociální souvislosti osobní pohody. Brno: Nakladatelství MSD.
- Bouček, J. a kolektiv. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531–536.
- Bowmans, C., Sonnevile, C., Muldr, C. (2015). Employment and wellbeing in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 11, 2125-2142.
- Boydell K. M., Gladstone, B. M., Crawford E. S. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation*, 26(2), 123-31.
- Boyer, L., Aghababian, V., Richieri, R., Loundou, A., Padovani, R., Simeoni, M. C. Lancon, C. (2012). Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36(2), 271–276.

- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6 (1), 65-72.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in terminally ill patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-7.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-124.
- Compton, M. T., Berez, Ch., Walker, E. T.(2017) The Relative Importance of Family History, Gender, Mode of Onset, and Age at Onset in Predicting Clinical Features of First-Episode Psychotic Disorders. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 11 (3), 143-150.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343.
- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, 218(0), 35–38.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl 1), S44–S63.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* : CP & EMH, 6, 25–29.
- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Davidson L. (2005). Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*.14 (1), 25–35.
- Dean, K., & Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 69–80.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*.184 (2). 176 – 18.
- Dolan, P., Tessa, P. Whiteby, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic psychology*, 29 (1), 94-122.
- Donoso, L. B. M., Demerouti, E., Garrosa, H. E., Moreno-Jiménez, B., Carmona, C. I. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: a diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nurse Study*. 52(1), 804-816.

- England, M. L., Öngür, D., Konopaske, G. T., & Karmacharya, R. (2011). Catatonia in Psychotic Patients: Clinical Features and Treatment Response. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(2), 223–226.
- Eglit, G. M. L., Palmer, W. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS*, 13(3), 119-131.
- Fiszdon, J. M., Fanning, J. R., Johannesen, J. K., & Bell, M. D. (2013). Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 25–29.
- Frey, B., Stutzer, A. (2000). Happiness, Economy and Institutions. *The Economic Journal*, 110 (466), 918-938.
- Frese, F. J., Knight, E. L., Saks, E. (2009). Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 15-36.
- Fujikami, K., Morinobu, S., Yamashita, H. (2012). Predictors of quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 197, 199-205.
- Furmaníková, L. (2011). Rehabilitační metody zamerané na rozvoj dovedností ľudí s kognitívnym deficitom v dôsledku schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 12 (1), 33-37.
- Garcia, D., Al Nima, A., Kjell, O. N. E. (2014). The affective profiles, psychological well-being, and harmony: environmental mastery and self-acceptance predict the sense of a harmonious life. *Peer Journal*, 2, 259.
- Gejman, P., Sanders, A., Duan, J. (2010). The Role of Genetics in the Etiology of Schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 35–66.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact, and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155–164.
- Goldner, C. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders and systematic review of literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833-43.
- Gopalakrishnan, R., Rishikesh, V., Behere, V. (2015). Factors affecting well-being and socio-occupational functioning in schizophrenia patients following an acute exacerbation: A hospital based observational study. *Indian Psychiatry*, 37 (4), 423-428.
- Gunnmo, P., & Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(1), 256-264.
- Hamm, J. A., Renard, S. B., Fogley, R. L., Leonhardt, B. L., Dimaggio, G., Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2012). Metacognition and social cognition in schizophrenia: stability and relationship to concurrent and prospective symptom assessments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1303-1321.

- Hansson, L., Middelboe, T., Sørgeard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., et al. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 343–350
- Headey, B., Wearing, A. (1989). Personality, Life Events, and Subjective Well-Being: Toward a Dynamic Equilibrium Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739.
- Helliwell, John F. (2003). "How's Life? Combining Individual And National Variables To Explain Subjective Well-Being," *Economic Modelling*, 20(2). 331-360.
- Helliwell, J. F., Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359 (1449), 1435–1446.
- Holmes, A, Carlisle, T, Vale, Z, Hatvani G, Heagney, C, Jones, S.(2017). Housing First: permanent supported accommodation for people with psychosis who have experienced chronic homelessness. *Australian Psychiatry*, 25 (1), 56-59.
- Huppert F (2009) Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being* 1: 137–164
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Journal of Psychiatry*, 37 (2), 117-119.
- Janoušková, M., Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*, 19 (1): 30-36.
- Kanahara, N., Yoshida, T., Oda, Y., Yamanaka, H., Moriyama, T., Hayashi, H., ... Iyo, M. (2013). Onset Pattern and Long-Term Prognosis in Schizophrenia: 10-Year Longitudinal Follow-Up Study. *PLoS ONE*, 8(6), 67-87.
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
- Killaspy, H., Marston, L., Green, N., Harrison, I., Lean, M., Holloway, F., King, M. (2016). Clinical outcomes and costs for people with complex psychosis; a naturalistic prospective cohort study of mental health rehabilitation service users in England. *BMC Psychiatry*, 16, 95.
- Křivohlavý, J. (2004) Pozitivní psychologie. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2013) Psychologie pocitů štěstí. Praha: Grada.
- Kundu, P. S., Sinha, V. K., Sarita, E. P., Desarkar, P. (2013). Current social functioning in adult onset schizophrenia and its relations with positive symptoms. *Indian Psychiatry Journal*. 22(1), 65–68.
- Lambert, M.(2009) Long-term patterns of subjective wellbeing in schizophrenia: Cluster, predictors of cluster affiliation, and their relation to recovery criteria in 2842 patients followed over 3 years. *Schizophrenia Research* , 107(2), 165 – 172
- Leask, S. J. (2004). Environmental influences in schizophrenia: the known and the unknown. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10 (5), 323-330.

- Lelkes, O. S. (2006). Knowing What is Good for You. Empirical Analysis of Personal Preferences and the 'Objective Good'. *Journal of Socio-Economics*, 35(2), 285-307.
- Lencucha, R., Kinsella, E. A., Sumsion, T. (2008). The formation and maintenance of social relationships among individuals living with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(4), 330–355.
- Lieberman, J. A., (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New English Journal of Medicine*, 353(12), 1209-23.
- Lloyd, H., Lloyd, J., Fitzpatrick, R., & Peters, M. (2017). The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(5), 1061–1072.
- Lucas, R., Clark, A., Geogellis, Y. and E. Diener. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science*, 15(1), 8-13.
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *The British Journal of Clinical Psychology*, 50(4): 412–424.
- Lysaker, R., Shea, A. M., Buck, K. D. (2011). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia. *Acta psychiatrica in Scandinavia*, 122, 405-413.
- Maat, A., Fett, A. K., Derks, E. GROUP Investigators. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 137, 212–218.
- Madianos, M. G., & Economou, M. (1994). Schizophrenia and family rituals: Measuring family rituals among schizophrenics and "normals." *European Psychiatry*, 9(1), 45-51.
- Masopust, J., Libiger, J., Kohler, R. (2009). Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 105(1), 12-19.
- Meier S., Stutzer, O., (2008), Is Volunteering Rewarding In Itself? *Economica*, 75(297):39-59.
- Meiselman, H. L. (2016). Quality of life, well-being and wellness: Measuring subjective health. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 54 (2), 101-109.
- Messias, E., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *The Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 323–338.
- Morgan, C., Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 3-10.
- Motlová, L., Koukolík, F. (2004) Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén.
- Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(13), 133-138.

- Nes, L. S., Sergerstrom, S. C (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-51.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J., Lysaker, P. H. (2012). Metacognition in Schizophrenia: Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 7, 644–647.
- Ocisková, M., Praško, J. (2015) Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch. Praha: Grada.
- Owen, P. R. (2012). Portrayals of Schizophrenia by Entertainment Media: A Content Analysis of Contemporary Movies. *Psychiatric Services*. 65 (1): 655-659.
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638–645.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D., Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109 (2), 149-59.
- Perkins, R. (2006). First person: you need hope to cope. In Roberts, G., Davenport, S. (eds.) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London
- Pichler, F. (2006). Subjective Quality of Life of Young Europeans. Feeling Happy but Who Knows why? *Social Indicators Research*, 75 (3), 419-444.
- Pinto, S., Fuminicellic, L., Mazzoc, A., Caldeirad, S., Martinsef, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 805-814.
- Prior, P. M., Hayes, B. C. (2003). The relationship between marital status and health: An empirical investigation of differences in bed occupancy within health and social care facilities in Britain. *Journal of Family Issues* 24, 1, 124-148.
- Rabinowitz, J., Berardo, C. G., Bugarski-Kirola, D. (2013). Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health and well-being. *Schizophrenia Research*, 150, 339-342.
- Repper, J., Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.
- Ridgway P. Restorying psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001;24:335–343.
- Ritsher, J. B., Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Roberts, G., Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49.

- Rocca, P., Giugiario, M., Montemagni, C. (2009). Wellbeing and psychopathology during the course of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 542-548.
- Rummel-Kluge, C., Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Current Opinions in Psychiatry*, 21(2), 168-72.
- Rupchev, G., Morozova., M. (2017). A scale of autonomy for patients with schizophrenia – new instrument for clinical assessment of the level of independency: Description and validation. *European Psychiatry*, 41, 833-845.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99 - 104.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4), 719-727 .
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. R., & Santerre, C. (2002). Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 632-645). New York: Oxford University Press.
- Sarkar, S., Hillner, K., & Velligan, D. I. (2015). Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 352–361.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M.(2000). Positive Psychology: An introduction. *American psychology*, 55(1),5-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychology*, 61(8), 774-788.
- Shin, Y., Joo, Y., Kim, J. (2016). Self-percieved cognitie deficits and their relationship with internalized stigma and wellbeing in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1411-1417.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-47.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (2003). Self-regulatory processes and responses to health threats: effects of optimism on well-being. In: Suls J, Wallston KA, editors. *Social psychological foundations of health and illness*. (pp. 395–428) Blackwell: Oxford.
- Schiff, B. (2012). The Function of Narrative: Toward a Narrative Psychology of Meaning. *Narrative Works*, 4(2), 58-72.
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. London: Rethink.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26-37.

- Slade, M., Hayward, P. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rethoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 81-83.
- Stain, H., Galletly, A, Clark, S, Wilson, J, Killen EA, Anthes. L, Campbell, C.(2012). Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian National Survey of Psychosis. *Australian National Journal of Psychiatry*, 49(9), 879-89.
- Stone, A., Mackie, Ch. (2013). Subjective Well-Being: Measuring Happiness, Suffering, and Other Dimensions of Experience. Washington (DC):National Academies Press.
- Strack, F. (1992). The different routes to social judgments: Experiential versus informational strategies. In L. L. Martin and A. Tesser (Eds.), *The construction of social judgements* (pp. 249-76).
- Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2015) Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál.
- Tai, S., & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865–873.
- Svedberg, P., Jormfeldt, H., & Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 448-456.
- Tarrier, J., Haddock H. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tas, C., Brown, E. C., Aydemir, O., Brune, M., Lysaker, P. H. (2014). Metacognition in psychosis: comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 219(3), 464-9.
- Thoits, P. A., Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 42(2), 115-31.
- Thornicroft, G. (2005). Mental health in Europe: New action plan will help improve care, especially in eastern Europe. *BMJ*, 330(7492), 613-615.
- Topor, A. (2004). What helps? Recovering from mental illness. Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17 - 37.
- Tsiouri, A. (2015). Does Long-Term Group Psychoeducation of Parents of Individuals with Schizophrenia Help the Family as a System? A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Mental Health*, 52 (4), 121-129.
- Turner, L. (2004). Bioethics in pluralistic societies. *Medical Health Care Philosophy*. 7:201–8.
- Twamley, E. W, Narvaez, J. M., Becker, D. R., Bartels, S. J., Jeste, D. V. (2008). Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 76–89.

- Vothknecht, S., Meijer, C., Zwinderman, A. (2013). Psychometric evaluation of the Subjective Well-being Under Neuroleptic Treatment Scale (SWN) in patients with schizophrenia, their relatives and controls. *Psychiatry Research*, 206(1), 62-67.
- Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Kamaradova, D., Ociskova, M., Marackova, M., ... Zatkova, M. (2016). Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3011–3020.
- Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinions in Psychiatry*. 22(4), 374-80.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: perception of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*. 3(5):431–57.
- Weisman de Mamani, A., Gurak, K., Maura, J., Martinez de Andino A, Weintraub, M., Mejia, M. (2016). Free will perceptions and psychiatric symptoms in patients diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, 23(3-4), 156-162.
- Westaby, L. (2005). Intentions to Work During Terminal Illness: An Exploratory Study of Antecedent Conditions. *Journal of Applied Psychology*. 90(6), 1297-305.
- Winklbaur, B., Ebner, N., Sachs, G., Thau, K., & Fischer, G. (2006). Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 37–43.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL: measuring quality of life World Health Organization: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Bankovká Motlová L. (2014) Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*. 18 (2), 54-59.
- Wright, B. A., Lopez, S. J. (2002). Widening the diagnostic focus. A Case for Including Human Strengths and Environmental Resources. In: Handbook of Positive Psychology. Snyder, C. R., Lopez, S. J., editor. New York: Oxford University Press; (2002). Widening the Diagnostic Focus. A Case for Including Human Strengths and Environmental Resources; pp. 26–44.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., Lysaker, P. (2015) Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 38(2), 171–178.

Nabídka rozhovoru na téma

SCHIZOFRENIE A OSOBNÍ POHODA

Nabízím možnost podílet se na výzkumné studii v rámci mé diplomové práce zabývající se osobní pohodou a schizofrenií.

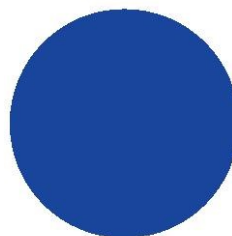
Jedná se o přibližně 60 až 90 minutový rozhovor na téma vaší osobní pohody a možnosti jejího zlepšení. Výsledky rozhovorů budou použity ke zkvalitnění péče o duševní zdraví.

Rozhovory budou probíhat od února do dubna 2018 a budou zcela anonymizované. K účasti na studii je nutné mít diagnózu F20 - Schizofrenie.

ODMĚNA ZA ROZHOVOR ČINÍ 100 KČ

Těším se na případné setkání

Bc. Klára Hartlová
klarahartlova@gmail.com
Tel.: 777 080 310



Příloha č. 2 – Informační dopis

Dobrý den,

jmenuji se Klára Hartlová a dokončuji magisterské studium na FF UK, obor Psychologie. V současné době píši diplomovou práci na téma Schizofrenie a osobní pohoda a možné způsoby jejího zlepšení.

Ráda bych vás požádala, zda bych mohla pro tento účel tohoto výzkumu oslovit klienty Vaší organizace. Rozhovory by byly samozřejmě plně anonymizované. Odměna za rozhovor činí 100 Kč. Respondenti budou mít možnost kdykoliv z rozhovoru odstoupit či odmítnout sdělit některé informace. V příloze zasílám leták s bližšími informacemi.

Jednalo by se o vyvěšení letáku v prostorách Vaší organizace, v případě zájmu je kontakt na mne uvedený na letáku.

V případě nejasností ráda poskytnu více informací.

Předem děkuji za odpověď

S pozdravem

Bc. Klára Hartlová

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a průběhem výzkumného projektu Kláry Hartlové „Osobní pohoda u osob se schizofrenií a možnosti jejího zlepšení“. Rozumím jim a souhlasím s nimi. Rovněž souhlasím s tím, že během rozhovoru bude pořizována audio nahrávka, která bude následně přepsána a získaná data budou použita v diplomové práci výzkumnice. Jsem srozuměn/a se způsobem, jakým bude zajištěna anonymizace a ochrana dat a souhlasím s ním.

V Praze dne

Podpis

Příloha č. 4 – Vyhodnocení rozhovorů respondentů se schizofrenií – přehled

Tabulka č. 1 – Potřeby respondentů se schizofrenií

Potřeba	Počet respondentů
Sociální vztahy	10
Partnerské vztahy	9
Rodina	8
Přátelské vztahy	7
Smysluplné zaměstnání	9
Autonomie	7
Destigmatizace	7

Tabulka č. 2 – Možnosti zvýšení osobní pohody – svépomoc

Pozitivní myšlení	7
Pohyb a činnost	7
Proaktivní přístup k nemoci	5
Důraz na přítomný okamžik	5
Rozplánování aktivit	4

Tabulka č. 3 – Možnosti zvýšení osobní pohody - pomoc okolí

Autonomie	7
Akceptace a tolerance	5

Tabulka č. 4 – Možnosti zvýšení osobní pohody – pracovníci

Komunikace a sdílení	9
Vstřícný a osobní přístup	8
Informace o léčbě	5
Důvěra	4

Tabulka č. 5 – Možnosti zvýšení osobní pohody – služby

Komunikace a dialog	9
Autonomie a svoboda	8
Aktivity (pohybové)	7
Zájem o individuální potřeby	6
Materiální pomoc	6

Tabulka č. 1 – Názory pracovníků na potřeby lidí se schizofrenií

Potřeba	Počet respondentů
Sociální vazby	9
Rodina	7
Potlačení pozitivních příznaků	8
Smysluplnost, seberealizace	7
Stigmatizace	7
Materiální zázemí	7

Tabulka č. 2 – Možnosti zvýšení osobní pohody – pracovníci

Komunikace a sdílení	9
Nastavení hranic	7
Schopnost motivace	5
Vyznat se v sobě	4

Tabulka č. 3 – Možnosti zvýšení osobní pohody – služby

Medikace	8
Mezioborová spolupráce	7
Autonomie a zodpovědnost	7
Psychoterapie	5
Psychoedukace	5
Kognitivní trénink	5